

PAQUETE DE INFORMACIÓN DEL PROCESO DE APELACIONES DE LA ASEGURADORA DE ATENCIÓN DENTAL AETNA HEALTH INC./AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY

LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO Y CONSÉRVELO PARA FUTURA REFERENCIA. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO APELAR LAS DECISIONES QUE TOMAMOS CON RESPECTO A SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.

Cómo obtener información sobre el proceso de apelaciones de atención dental

Ayuda para presentar una apelación: Formularios estandarizados y asistencia al consumidor del Departamento de Seguros

Tenemos la obligación de enviarle una copia de este paquete de información al mismo tiempo que obtiene su póliza por primera vez y dentro de los 5 días hábiles luego de recibir su solicitud de apelación. Cuando se renueva su cobertura de seguro, también debemos enviarle una declaración por separado para recordarle que puede solicitar otra copia de este paquete. También le enviaremos una copia de este paquete a usted o a su proveedor tratante en cualquier momento si así lo solicita. Para solicitar una copia, solo llame al número del Departamento de Servicios para miembros que aparece en su identificación de miembro.

Al final de este paquete encontrará los formularios que puede utilizar para presentar su apelación. El Departamento de Seguros del Estado de Arizona (“el Departamento”) elaboró estos formularios para ayudar a las personas que desean presentar una apelación de atención dental. No tiene la obligación de usarlos. No podemos rechazar su apelación si no los usa. Si necesita ayuda para presentar la apelación o tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones, puede llamar a la Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento al 602-364-2499 o al 1-800-325-2548 (si llama desde Arizona, pero fuera del área de Phoenix), o ingresar a través de Internet en <http://www.azinsurance.gov> o comunicarse con nosotros al 1-877-238-6200.

Cómo saber cuándo puede apelar

Cuando no autorizamos o aprobemos un servicio, o no paguemos una reclamación, tenemos la obligación de informarle acerca de su derecho a apelar esa decisión. El aviso podría llegarle de parte nuestra o a través de su proveedor tratante.

Qué decisiones puede apelar

Puede apelar las siguientes decisiones:

1. Si no aprobamos un servicio que usted o su proveedor tratante hayan solicitado.
2. Si no pagamos un servicio que usted ya recibió.
3. Si no autorizamos un servicio o pagamos una reclamación porque consideramos que no es “medicamente necesario”.
4. Si no autorizamos un servicio o pagamos una reclamación porque consideramos que su póliza de seguro no lo cubre y usted cree que sí.
5. Si no le notificamos, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud, si autorizamos el servicio solicitado.
6. Si no autorizamos una remisión para consultar a un especialista.

Qué decisiones no puede apelar

No puede apelar las siguientes decisiones:

1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión en cuanto al monto de “cargos usuales, habituales y razonables”. Un cargo usual, habitual y razonable es un cargo cobrado, cuando corresponda, por un beneficio cubierto, el cual determinamos que es el nivel de cargo frecuente que se cobra por el servicio o suministro en el área geográfica donde se haya proporcionado. Es posible que tengamos en cuenta factores como la complejidad, el grado de habilidad necesario, el tipo o la especialidad del proveedor, la variedad de servicios ofrecidos por un centro y el cargo frecuente en otras áreas para determinar el cargo usual, habitual y razonable por un servicio o suministro que no es habitual o que no se proporciona a menudo en el área o que solo sea proporcionado por una pequeña cantidad de proveedores en el área.
2. Si no está de acuerdo con la manera en que coordinamos los beneficios en el caso de que tenga seguro de salud con más de una aseguradora.
3. Si no está de acuerdo con la manera en que hemos aplicado sus reclamaciones o servicios al deducible del plan.
4. Si no está de acuerdo con el monto de coseguros o copagos que pagó.
5. Si no está conforme con los aumentos en todas las tasas que reciba según su póliza de seguro.
6. Si cree que hemos violado alguna parte del Código de Seguros de Arizona.

Si no está de acuerdo con alguna decisión que no puede ser apelada según esta lista, aún puede presentar un reclamo ante nosotros llamando a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que figura en su identificación de miembro. Además, también puede presentar dichos reclamos ante el Departamento de Seguros del Estado de Arizona, Consumer Affairs Division, 2910 N. 44th Street, Suite 210, Phoenix, AZ 85018.

Quién puede presentar una apelación

Usted o su proveedor tratante pueden presentar una apelación en su nombre. Al final de este paquete encontrará un formulario que puede utilizar para presentar su apelación. No tiene la obligación de usarlo. Si lo desea, puede enviarnos una carta con la misma información. Si decide apelar nuestra decisión para denegar la autorización de un servicio, debe informarle a su proveedor tratante para que pueda ayudarlo con la información que necesita para presentar su caso.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APELACIONES

I. Niveles de revisión

Ofrecemos apelaciones aceleradas y estándares para los residentes de Arizona. Las apelaciones aceleradas se aplican a los servicios de urgencia que aún no haya recibido. Las apelaciones estándares se aplican a las solicitudes de servicios que no sean de urgencia y a reclamaciones denegadas por servicios que ya se hayan proporcionado. Ambos tipos de apelaciones siguen un proceso similar, con la excepción de que procesamos las apelaciones aceleradas con mayor rapidez debido a la afección del paciente.

Cada tipo de apelación cuenta con tres niveles, según se indica a continuación:

Apelaciones aceleradas

(Para servicios urgentes que aún no haya recibido)

Primer nivel: Revisión médica acelerada
Segundo nivel: Apelación acelerada
Tercer nivel: Revisión médica independiente externa acelerada

Apelaciones estándares

(Para servicios que no sean de urgencia o reclamaciones denegadas)

Reconsideración informal
Apelación formal
Revisión médica independiente externa

Tomamos las decisiones en el primer y el segundo nivel. Un revisor externo, que es totalmente independiente de nuestra compañía, toma las decisiones en el tercer nivel. No tiene que pagar los costos de la revisión externa si elige una apelación de tercer nivel. A continuación, se analizan con más detalle estos tres niveles de apelación:

Antes de solicitar el tercer nivel, debe agotar el proceso de apelaciones internas, a menos que:

- Lo eximamos del requisito de agotamiento.
- No cumplamos con los requisitos del proceso de apelaciones internas, con excepción de incumplimientos por violaciones mínimas.
- Solicite una apelación acelerada interna y externa al mismo tiempo.

Puede proporcionar cualquier información adicional que le gustaría que consideremos. Además, puede solicitar copias de documentos que sean relevantes para su reclamación (sin cargo) comunicándose con nosotros al número que figura en su identificación de miembro.

PROCESO DE APELACIONES ACCELERADAS PARA SERVICIOS URGENTES QUE AÚN NO SE HAYAN PROPORCIONADO

Revisión médica acelerada (primer nivel)

Su solicitud: Puede obtener una revisión médica acelerada de una solicitud que se le haya denegado por un servicio que aún no se haya proporcionado, siempre y cuando:

- Esté cubierto por nosotros;
- Hayamos denegado su solicitud de un servicio cubierto; y
- Su proveedor tratante certifique que existe la probabilidad de que el tiempo necesario para procesar su solicitud a través del proceso de apelaciones de reconsideración informal (Primer nivel) y apelación formal (Segundo nivel) (aproximadamente 30 días) ocasione un cambio negativo importante en su afección médica. (Al final de este paquete encontrará un formulario

que puede utilizar su proveedor para ese fin. Su proveedor también podría enviar una carta o elaborar un formulario con información similar). Su proveedor tratante debe enviar la certificación y documentación a la siguiente dirección:

Nombre: Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance Company
Cargo: Unidad de Quejas y Apelaciones de Salud Dental
Dirección: PO Box 14021, Lexington, KY 40512-4021

Teléfono: 1-877-238-6200
Fax: 859-455-8650

Nuestra decisión: Debemos comunicarnos con usted y su proveedor tratante para informarles acerca de nuestra decisión en el plazo de **1 día hábil o 36 horas tras recibir la solicitud, el que sea menor**. A continuación, le enviaremos por correo nuestra decisión por escrito a usted y su proveedor tratante. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle acerca de los documentos en los que nos basamos. Puede solicitar una apelación acelerada interna y externa al mismo tiempo.

Si denegamos su solicitud: puede apelar de inmediato al segundo nivel.

Si aceptamos su solicitud: autorizaremos el servicio y finalizará el proceso de apelaciones.

Si remitimos su caso al tercer nivel: es posible que decidamos omitir el primer y el segundo nivel y enviar su caso directo a un revisor independiente en el tercer nivel.

Apelación acelerada (segundo nivel)

Su solicitud: Si denegamos su solicitud en el primer nivel, puede solicitar una apelación acelerada. Tras recibir nuestra denegación de primer nivel, su proveedor tratante *debe enviarnos de inmediato* una solicitud (a la misma persona y dirección mencionadas en Primer nivel) para informarnos de que está presentando una apelación de segundo nivel. A fin de ayudar con la apelación, su proveedor también debe enviarnos cualquier información adicional que no nos haya enviado para demostrar el motivo por el que necesita el servicio solicitado.

Nuestra decisión: Debemos comunicarnos con usted y su proveedor tratante para informarles acerca de nuestra decisión en el plazo de **1 día hábil o 36 horas tras recibir la solicitud, el que sea menor**. A continuación, le enviaremos por correo nuestra decisión por escrito a usted y su proveedor tratante. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle acerca de los documentos en los que nos basamos.

Si denegamos su solicitud: puede apelar de inmediato al tercer nivel.

Si aceptamos su solicitud: autorizaremos el servicio y finalizará el proceso de apelaciones.

Si remitimos su caso al tercer nivel: es posible que decidamos omitir el segundo nivel y enviar su caso directo a un revisor independiente en el tercer nivel.

Revisión independiente externa acelerada (tercer nivel)

Su solicitud: puede presentar una apelación a una revisión médica independiente externa acelerada únicamente después de que haya apelado a través del segundo nivel. Tiene un plazo de cuatro meses luego de la recepción de la decisión de segundo nivel de Aetna para enviarle una solicitud por escrito a fin de que se haga una revisión médica independiente externa acelerada. La solicitud debe incluir cualquier información adicional que respalde su solicitud para el servicio. Debe enviar una solicitud por escrito a fin de que se haga una revisión médica independiente externa acelerada a la siguiente dirección:

Nombre: Deborah Rudolph.
Cargo: Administradora de programas, Aetna National External Review Unit
Dirección: 2000 RiverEdge Parkway, Suite 300, Atlanta GA 30328
Teléfono: 1-877-848-5855 (número gratuito)
Fax: 860-975-1526

Usted y su proveedor tratante no son responsables de pagar el costo de ninguna revisión médica independiente externa acelerada.

Proceso:

Existen dos tipos de apelaciones de revisión médica independiente externa acelerada, según los problemas del caso:

1. Las apelaciones de necesidad médica son los casos en los que Aetna ha decidido no autorizar un servicio porque cree que los servicios que usted y su proveedor tratante solicitan no son médicamente necesarios para tratar su afección o no cumplen con los criterios de idoneidad, espacio de atención médica, nivel de atención o eficacia del beneficio cubierto. El revisor independiente externo acelerado es un proveedor contratado por una organización de revisión independiente externa (“IRO”, por sus siglas en inglés) que es facilitada por el Departamento de Seguros del Estado de Arizona y no tiene ninguna conexión con Aetna. El proveedor de la IRO debe ser un proveedor que habitualmente trate la afección que está bajo revisión.

En el plazo de un día hábil tras recibir su solicitud, Aetna debe realizar lo siguiente:

- Enviar por correo un acuse de recibo de la solicitud al Director de Seguros, a usted y a su proveedor tratante.
- Enviar al Director de Seguros la solicitud de revisión, su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo, todos los registros dentales y documentación de respaldo utilizados para que Aetna tome la decisión, un resumen de los problemas correspondientes incluida la declaración de la decisión de Aetna—, los criterios aplicados y las razones clínicas de la decisión de Aetna y las partes importantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna. Aetna también debe incluir el nombre y las credenciales del proveedor que revisó y determinó la denegación en los niveles de apelación anteriores.

En el plazo de dos días hábiles luego de recibir la información de Aetna, el Director de Seguros debe enviar toda la información presentada a la organización de revisión independiente externa (la “IRO”).

En el plazo de 72 horas luego de recibir la información, la IRO debe tomar una decisión y enviársela al Director de Seguros.

En el plazo de un día hábil luego de recibir la decisión de la IRO, el Director de Seguros debe enviar por correo un aviso acerca de la decisión a Aetna, usted y su proveedor tratante.

2. Los problemas de cobertura de contrato son apelaciones en las que Aetna ha denegado la cobertura debido a que considera que el servicio solicitado no está cubierto según su Certificado de cobertura de Aetna. En el caso de estas apelaciones, el Departamento de Seguros del Estado de Arizona es el revisor independiente externo acelerado.

En el plazo de un día hábil tras recibir su solicitud, Aetna debe realizar lo siguiente:

- Enviar por correo un acuse de recibo escrito de su solicitud al Director de Seguros, a usted y a su proveedor tratante.
- Enviar al Director de Seguros la solicitud de revisión, su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo de Aetna, todos los registros dentales y documentación de respaldo utilizados para que Aetna tome la decisión, un resumen de los problemas correspondientes incluida la declaración de la decisión de Aetna—, los criterios aplicados y las razones clínicas de nuestra decisión y las partes importantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna.

En el plazo de dos días hábiles luego de recibir esta información, el Director de Seguros debe determinar si se cubre el servicio o la reclamación, emitir una decisión y enviar un aviso a Aetna, usted y su proveedor tratante.

A veces, el Director de Seguros no puede determinar los problemas de cobertura. En el caso de que esto suceda, remitirá su caso a una IRO. La IRO tendrá 72 horas para tomar una decisión y enviársela al Director de Seguros. El Director de Seguros tendrá un día hábil luego de recibir la decisión de la IRO para enviársela a Aetna, usted y su proveedor tratante.

Decisión:**Decisión de la necesidad médica:**

Si la IRO decide que Aetna debe proporcionar el servicio, Aetna debe autorizarlo. Si la IRO acepta la decisión de Aetna de denegar el servicio, finalizará la apelación. Su única alternativa es interponer su reclamación ante una corte superior.

Decisión de cobertura de contrato:

Si no está de acuerdo con la decisión final del Director de Seguros respecto a un problema de cobertura de contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”, por sus siglas en inglés). Si Aetna no está de acuerdo con la decisión final del Director, también puede solicitar una audiencia ante la OAH. Se debe programar una audiencia dentro de los 30 días de recibir la decisión del Director. La OAH debe programar y completar de inmediato una audiencia para las apelaciones de las decisiones de apelaciones de revisión médica independiente externa acelerada.

**PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS
QUE NO SON DE URGENCIA Y RECLAMACIONES DENEGADAS**

Reconsideración informal (Primer nivel)

Su solicitud: puede obtener una reconsideración informal de su solicitud denegada de un servicio o reclamación denegada por servicios que ya se le hayan proporcionado, siempre y cuando:

- Esté cubierto por nosotros;
- Hayamos denegado su solicitud de un servicio cubierto o su reclamación por servicios ya proporcionados;
- Usted no cumpla con los requisitos de una apelación acelerada; y
- Usted y su proveedor tratante soliciten la reconsideración informal dentro de los dos años a partir de la fecha en que se haya denegado por primera vez el servicio solicitado o la reclamación presentando su solicitud por teléfono, por escrito o por fax a la siguiente dirección:

Nombre: Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance Company
Cargo: Unidad de Quejas y Apelaciones de Salud Dental
Dirección: PO Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Teléfono: 1-877-238-6200
Fax: 859-455-8650

Nuestro acuse de recibo: Aetna tiene cinco días hábiles tras recibir su solicitud de una reconsideración informal (“la fecha de recepción”) para enviarles a usted y a su proveedor tratante un aviso de que se ha recibido su solicitud.

Nuestra decisión: Aetna tiene los plazos que se estipulan a continuación tras la fecha de recepción dentro de los que se decide si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado o pagar su reclamación. Dentro de esos mismos plazos, debemos enviarles nuestra decisión por escrito a usted y a su proveedor tratante. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle acerca de los documentos en los que nos basamos.

Si denegamos su solicitud de una reclamación previa al servicio, dentro de los 15 días calendario. Una reclamación previa al servicio es una reclamación de un beneficio que necesita la aprobación del beneficio antes de obtener atención médica. **Tendrá 60 días para apelar al segundo nivel.**

Si denegamos su solicitud de una extensión de la reclamación para atención simultánea, dentro de los 15 días calendario. Una extensión de la reclamación para atención simultánea es una solicitud para extender o una decisión para reducir un tratamiento previamente aprobado. **Tendrá 60 días para apelar al segundo nivel.**

Si denegamos su solicitud de una reclamación posterior al servicio, dentro de los 30 días calendario. Una reclamación posterior al servicio es una reclamación por un beneficio que no es una reclamación previa al servicio. **Tendrá 60 días para apelar al segundo nivel.**

Si aceptamos su solicitud: la decisión autorizará el servicio o pagará la reclamación y finalizará el proceso de apelaciones.

Si remitimos su caso al tercer nivel: es posible que decidamos omitir el primer y el segundo nivel y enviar su caso directo a un revisor independiente en el tercer nivel.

Debe agotar el proceso de apelaciones internas, a menos que:

- Lo eximamos del requisito de agotamiento.
- No cumplamos con los requisitos del proceso de apelaciones internas, con excepción de incumplimientos por violaciones mínimas o sin importancia.

Apelación formal (segundo nivel)

Su solicitud: puede solicitar una apelación formal si Aetna denegó su solicitud o reclamación en el primer nivel. Tras recibir nuestra denegación de primer nivel, usted o su proveedor tratante deben enviarnos una solicitud por escrito en el plazo de 60 días para informarnos que está presentando una apelación de segundo nivel. A fin de ayudarnos a tomar una decisión sobre su apelación, usted o su proveedor tratante también deben enviarnos cualquier información adicional que no nos haya enviado para demostrar el motivo por el que deberíamos autorizar el servicio solicitado o pagar la reclamación.

Envíe la solicitud de apelación y la información a la siguiente dirección:

Nombre: Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance
Company Cargo: Unidad de Quejas y Apelaciones de Salud Dental
Dirección: PO Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Teléfono: 1-877-238-6200
Fax: 859-455-8650

Nuestro acuse de recibo: Aetna tiene cinco días hábiles tras recibir su solicitud de una apelación formal (“la fecha de recepción”) para enviarles a usted y a su proveedor tratante un aviso de que se ha recibido su solicitud.

Nuestra decisión: En el caso de un servicio denegado que aún no haya recibido, Aetna cuenta con los siguientes plazos luego de la fecha de recepción dentro de los que decidiremos si cambiamos nuestra decisión y autorizaremos su servicio solicitado. Le enviaremos nuestra decisión por escrito a usted y a su proveedor tratante. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle acerca de los documentos en los que nos basamos.

Si denegamos su solicitud de una reclamación previa al servicio, dentro de los 15 días calendario. Una reclamación previa al servicio es una reclamación de un beneficio que necesita la aprobación del beneficio antes de obtener atención médica. **Tendrá cuatro meses para apelar al tercer nivel.**

Si denegamos su solicitud de una extensión de la reclamación para atención simultánea, dentro de los 15 días calendario. Una extensión de la reclamación para atención simultánea es una solicitud para extender o una decisión para reducir un tratamiento previamente aprobado. **Tendrá cuatro meses para apelar al tercer nivel.**

Si denegamos su solicitud de una reclamación posterior al servicio, dentro de los 30 días calendario. Una reclamación posterior al servicio es una reclamación por un beneficio que no es una reclamación previa al servicio. **Tendrá cuatro meses para apelar al tercer nivel.**

Si aceptamos su solicitud: autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y finalizará el proceso de apelaciones.

Si remitimos su caso al tercer nivel: es posible que decidamos omitir el segundo nivel y enviar su caso directo a un revisor independiente en el tercer nivel.

Revisión independiente externa (tercer nivel)

Su solicitud: puede obtener una revisión médica independiente externa únicamente después de haber presentado cualquier apelación mediante el primer o el segundo nivel estándar y acelerado. Tiene cuatro meses luego de recibir el aviso por escrito de Aetna de que se ha denegado su apelación formal o revisión médica acelerada para solicitar una revisión médica independiente externa. Debe enviar una solicitud por escrito para que se haga una revisión médica independiente externa y cualquier justificación o documentación material que respalde su solicitud o reclamación de servicio cubierto a la siguiente dirección:

Nombre: Deborah Rudolph.
Cargo: Administradora de programas, Aetna National External Review Unit
Dirección: 2000 RiverEdge Parkway, Suite 300, Atlanta GA 30328
Teléfono: 1-877-848-5855 (número gratuito)
Fax: 860-975-1526

Ni usted ni su proveedor tratante tienen la responsabilidad de pagar el costo de ninguna revisión médica independiente externa.

Proceso:

Existen dos tipos de apelaciones de revisión médica independiente externa, según los problemas del caso:

1. Las apelaciones de necesidad médica son los casos en los que Aetna ha decidido no autorizar un servicio porque cree que los servicios que usted o su proveedor tratante solicitan no son médicamente necesarios para tratar su afección o no cumplen con los criterios de idoneidad, espacio de atención médica, nivel de atención o eficacia del beneficio cubierto. El revisor independiente externo es un proveedor contratado por una organización de revisión independiente externa (“IRO”) que es facilitada por el Departamento de Seguros del Estado de Arizona y no tiene ninguna conexión con Aetna. El proveedor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente trate la afección que está bajo revisión.

En el plazo de cinco días hábiles luego de recibir su solicitud o la de su Director de Seguros o si Aetna inicia una revisión médica independiente externa, Aetna debe realizar lo siguiente:

- Enviar por correo un acuse de recibo escrito al Director de Seguros, a usted y a su proveedor tratante.
- Enviar al Director de Seguros la solicitud de revisión, su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo, todos los registros dentales y documentación de respaldo utilizados para que Aetna tome la decisión, un resumen de los problemas correspondientes incluida la declaración de la decisión de Aetna—, los criterios aplicados y las razones clínicas de la decisión de Aetna y las partes importantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna. También debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor que revisó y determinó la denegación en los niveles de apelación anteriores.

En el plazo de cinco días calendario luego de recibir la información de Aetna, el Director de Seguros debe enviar toda la información presentada a la organización de revisión independiente externa (la “IRO”).

En el plazo de 21 días calendario luego de recibir la información, la IRO debe tomar una decisión y enviársela al Director de Seguros.

En el plazo de cinco días hábiles luego de recibir la decisión de la IRO, el Director de Seguros enviará por correo un aviso acerca de la decisión a Aetna, usted y su proveedor tratante.

2. Los problemas de cobertura de contrato son apelaciones en las que Aetna ha denegado la cobertura debido a que considera que el servicio solicitado no está cubierto según su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo. En el caso de estas apelaciones, el Departamento de Seguros del Estado de Arizona es el revisor independiente externo.

En el plazo de cinco días hábiles luego de recibir su solicitud o si Aetna inicia una revisión médica independiente externa, Aetna debe realizar lo siguiente:

- Enviar por correo un acuse de recibo escrito de su solicitud al Director de Seguros, a usted y a su proveedor tratante.

- Enviar al Director de Seguros la solicitud de revisión, su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo, todos los registros dentales y documentación de respaldo utilizados para que Aetna tome la decisión, un resumen de los problemas correspondientes incluida la declaración de la decisión de Aetna—, los criterios aplicados y las razones clínicas de nuestra decisión y las partes importantes de las pautas de revisión de utilización.

En el plazo de 15 días hábiles luego de recibir esta información, el Director de Seguros determinará si se cubre el servicio o la reclamación, emitirá una decisión y enviará un aviso de determinación a Aetna, usted y su proveedor tratante.

A veces, el Director de Seguros no puede determinar los problemas de cobertura. En el caso de que esto suceda o si el Director de Seguros establece que el caso involucra un problema médico, el Director de Seguro remitirá su caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días calendario para tomar una decisión y enviársela al Director de Seguros. El Director de Seguros tendrá cinco días hábiles luego de recibir la decisión de la IRO para enviársela a Aetna, usted y su proveedor tratante.

Decisión:

Decisión de la necesidad médica:

Si la IRO decide que Aetna debe proporcionar el servicio, este debe autorizarlo independientemente de si se ha presentado una revisión judicial. Si la IRO acepta la decisión de Aetna de denegar el servicio, finalizará la apelación. Su única alternativa es interponer su reclamación ante una corte superior.

Decisión de cobertura de contrato:

Si no está de acuerdo con la decisión final del Director de Seguros respecto a un problema de cobertura de contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”, por sus siglas en inglés). Si Aetna no está de acuerdo con la decisión final del Director, también puede solicitar una audiencia ante la OAH. Se debe solicitar una audiencia dentro de los 30 días de recibir la determinación de los problemas de cobertura. La OAH ha establecido normas que rigen la forma en que se llevan a cabo los procedimientos de audiencia.

II. La función del Director de Seguros.

La ley de Arizona (A.R.S. [Estatutos Revisados de Arizona] §20-2533[F]) exige que “todo miembro que presente un reclamo o una apelación ante el Departamento con respecto a una decisión adversa debe seguir el proceso de revisión que establece la ley”. Eso significa que, en el caso de las decisiones que son apelables, debe completar el proceso de apelaciones de atención médica antes de que el Director de Seguros pueda investigar un reclamo o una apelación que tenga en contra de Aetna en base a la decisión en cuestión del reclamo o la apelación.

El proceso de apelaciones exige que el Director haga lo siguiente:

1. Supervise el proceso de apelaciones.
2. Guarde copias de cada plan de revisión de utilización presentado por Aetna.
3. Reciba, procese y tome decisiones sobre las solicitudes que Aetna haga de cualquier revisión médica independiente externa.
4. Haga cumplir las decisiones de Aetna.
5. Revise las decisiones de Aetna.
6. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación a una corte superior o la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).
7. Emita una decisión administrativa final sobre los problemas de cobertura, incluido el aviso del derecho a solicitar una audiencia ante la OAH.

III. Obtención de registros dentales.

La ley de Arizona (A.R.S. §12-2293) permite que usted pida una copia de sus registros dentales. Debe presentar la solicitud por escrito y especificar a quién se deben entregar los registros. El proveedor de atención médica que tenga sus registros le proporcionará una copia de ellos a usted o a la persona que haya designado.

Persona designada encargada de tomar decisiones: Si ha designado a una persona para que tome decisiones de atención médica, esa persona debe enviar una solicitud por escrito para obtener acceso o copias de sus registros dentales. Los registros dentales deben proporcionarse por escrito a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica o a la persona que ha sido designada por quien toma las decisiones, a menos que limite el acceso a sus registros dentales solo a usted o a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica.

Confidencialidad: Los registros dentales revelados según A.R.S. §12-2293 siguen siendo de carácter confidencial. Si participa en un proceso de apelaciones, las partes importantes de sus registros dentales serán reveladas solo a las personas autorizadas a participar en el proceso de revisión de la afección médica que se examina. Estas personas no pueden revelar su información dental a nadie.

IV. Documentación para la apelación.

Si decide presentar una apelación, debe darnos cualquier justificación o documentación material al momento de presentarla. Si recopila más información durante su apelación, debe entregárnosla tan pronto como la reciba. También debe proporcionar a Aetna la dirección y el número de teléfono donde lo puedan contactar. Si la apelación ya se encuentra en la etapa de revisión médica independiente externa acelerada, también debe enviar la información al Departamento.

V. Recepción de documentos.

Todo aviso, acuse de recibo, solicitud, decisión u otro documento escrito que sea obligatorio enviar por correo se considera recibido por la persona a la que se dirige el documento (su última dirección conocida) el quinto día hábil después de haber sido enviado por correo.

VI. Conservación de registros.

Aetna conservará los registros de todos los reclamos y las apelaciones por un período de al menos 7 años.

VII. Honorarios y costos.

Nada de lo aquí mencionado deberá ser interpretado como una exigencia para que Aetna pague honorarios de asesoramiento o cualquier otra tarifa u otro costo en el que usted incurra al presentar un reclamo o una apelación.



Envíe los formularios

Para el primer y segundo nivel acelerado y estándar

Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance Company
Customer Resolution Team
PO Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Fax: 859-455-8650

Para la revisión independiente externa acelerada y estándar (Tercer nivel)

Deborah Rudolph.
Administradora de programas, Aetna National External Review
Unit 2000 RiverEdge Parkway, Suite 300, Atlanta GA 30328
Teléfono: 1-877-848-5855 Fax: 860-975-1526

Formulario de solicitud de apelación para atención dental

(Puede usar este formulario para informarle a su aseguradora que desea apelar una decisión denegada).

Nombre del miembro asegurado _____ N.º de identificación de miembro _____

Nombre del representante que presenta la apelación, si difiere del anterior _____

Dirección postal _____ N.º de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de denegación: Δ Reclamación denegada de servicio ya proporcionado

 Δ Servicio denegado aún no recibido

Nombre de la aseguradora que denegó la reclamación/el servicio: _____

Si apela la decisión de la aseguradora de denegar un servicio que aún no ha recibido, ¿existe la probabilidad de que el retraso de 30 días para recibir el servicio ocasione un cambio negativo importante en su salud? Si la respuesta es “sí”, puede tener derecho a presentar una apelación acelerada. El proveedor tratante debe firmar y enviar la certificación y la documentación que respalde la necesidad de una apelación acelerada.

¿Qué decisión está apelando?

(Explique lo que desea que la aseguradora autorice o pague).

Explique por qué considera que se debe cubrir la reclamación o el servicio:

(Adjunte más hojas de papel, si es necesario).

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelaciones o necesita ayuda para preparar su apelación, puede comunicarse con los números de la Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros, que son 602-364-2499 o 1-800-325-2548 (si llama desde Arizona, pero fuera del área de Phoenix), o ingresar a través de Internet en <http://www.azinsurance.gov> o comunicarse con Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance Company al 1-877-238-6200.

Asegúrese de adjuntar todo lo que demuestre la razón por la que cree que la aseguradora debería cubrir la reclamación o autorizar un servicio, lo que incluye: Δ Registros dentales Δ Documentación de respaldo (carta del dentista, folletos, notas, recibos, etc.) ** También adjunte la certificación de su proveedor tratante si está solicitando la revisión acelerada.

Firma del representante asegurado o autorizado

Fecha



Envíe los formularios

Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance Company
Dental Grievance and Appeals Unit
PO Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Fax: 859-455-8650

Formulario de certificación del proveedor para las revisiones médicas aceleradas
(Usted y su proveedor pueden utilizar este formulario al solicitar una apelación acelerada).

Un paciente al que se le deniega la autorización de un servicio cubierto tiene derecho a una presentar una apelación acelerada si el proveedor tratante certifica y proporciona documentación de respaldo en cuanto a que existe la probabilidad de que el período que toma el proceso de apelaciones estándar (alrededor de 30 días) “ocasiona un cambio negativo importante en la afección médica [del paciente] en cuestión”.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico/proveedor tratante _____
N.º de teléfono _____ N.º de FAX _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ N.º de identificación de miembro _____
N.º de teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

Nombre de la aseguradora _____
N.º de teléfono _____ N.º de FAX _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

- ¿Se está apelando por un servicio que el paciente ya ha recibido? Sí No
Si la respuesta es “Sí”, el paciente debe seguir el proceso de apelaciones estándares y no puede usar el proceso de apelaciones aceleradas. Si la respuesta es “No”, continúe con este formulario.
- ¿Qué denegación de servicio está apelando el paciente?

- Explique por qué cree que el paciente necesita el servicio solicitado y por qué el tiempo del proceso de apelaciones estándares ocasionará daños al paciente. _____

En el caso de que sea necesario, adjunte más hojas e incluya: Registros dentales Documentación de respaldo

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones o necesita ayuda con respecto a esta certificación, puede llamar a la Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros a los números 602-364-2499 o 1-800-325-2548 (si llama desde Arizona, pero fuera del área de Phoenix) o ingresar a través de Internet en <http://www.azinsurance.gov>. También puede comunicarse con Aetna Health Inc./Aetna Health Insurance Company al 1-877-238-6200. En el caso de los planes sujetos a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés), si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de apelación o este aviso o desea obtener ayuda, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272).

Certifico, en calidad de proveedor tratante del paciente, que si se retrasa la atención al paciente por el período necesario para los procesos de apelaciones de primer y segundo nivel (alrededor de 30 días), existe la probabilidad de que se ocasiona un cambio negativo importante en la afección médica del paciente en cuestión.

Firma del proveedor _____ **Fecha** _____