

Paquete de información sobre el proceso de apelación para compañías de seguro dental Aetna Life Insurance Company

Lea este aviso detenidamente y guárdelo para consultarlo en el futuro. Contiene información importante sobre cómo apelar las decisiones que tomamos respecto a su cobertura dental.

Cómo obtener información sobre el proceso de apelación dental

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

Tenemos la obligación de enviarle una copia de este paquete de información al mismo tiempo que recibe su póliza por primera vez y dentro de los 5 días hábiles tras recibir su solicitud de apelación. En el momento en que se renueva su cobertura de seguro, también debemos enviarle una comunicación por separado para recordarle que tiene el derecho de solicitar otra copia de este paquete. También le enviaremos una copia de este paquete a usted o a su proveedor tratante en cualquier momento a solicitud. Para solicitar una copia, simplemente llame al número de Servicios al Miembro impreso en su tarjeta de identificación de miembro.

Al final de este paquete encontrará los formularios que puede utilizar para presentar su apelación. El Departamento de Seguros de Arizona (“el Departamento”) ha elaborado dichos formularios con el fin de ayudar a las personas que deseen presentar una apelación dental. No está obligado a utilizar los mismos. No podremos rechazar su apelación si no los utiliza. Si necesita ayuda para presentar una apelación, o si 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 por Internet en **www.azinsurance.gov** o puede llamarnos al **1-877-238-6200**.

Cómo saber cuándo puede apelar

Cada vez que no autorizamos o aprobamos un servicio, o que no pagamos un reclamo, tenemos la obligación de notificarle a usted en cuanto a su derecho de apelar tal decisión. El aviso podría llegarle directamente de nosotros o a través de su proveedor tratante.

Decisiones que puede apelar

Usted puede apelar las decisiones siguientes:

1. Si no aprobamos un servicio que usted o su proveedor tratante hayan solicitado.
2. Si no pagamos un servicio que usted ya haya recibido.
3. Si no autorizamos un servicio o no pagamos un reclamo porque determinamos que no es “médicamente necesario”.
4. Si no autorizamos un servicio o no pagamos un reclamo porque determinamos que su póliza de seguro no lo cubre y usted piensa que sí lo cubre.
5. Si no le notificamos a usted, dentro de 10 días hábiles tras recibir su solicitud, si autorizamos o no un servicio solicitado.
6. Si no autorizamos la referencia médica a un especialista.
7. Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de emitirle o no una póliza.

Decisiones que no puede apelar

Usted no puede apelar las decisiones siguientes:

1. Si está en desacuerdo con nuestra decisión en cuanto al monto de “cargos usuales, acostumbrados y razonables”. Donde corresponda, un cargo usual, acostumbrado y razonable es el cargo cobrado por un beneficio cubierto, el cual nosotros determinamos que es el nivel de cargo prevaleciente que se cobra por el servicio o el suministro en el área geográfica donde se haya proporcionado. Podríamos tomar en cuenta factores como la complejidad, el grado de habilidad necesario, el tipo o la especialidad del proveedor, la gama de servicios ofrecidos por el centro médico y el cargo prevaleciente en otras áreas, con el fin de determinar el cargo usual, acostumbrado y razonable por un servicio o suministro que sea inusual o que no se proporcione a menudo en el área o que solo sea proporcionado por un pequeño número de proveedores en el área.
2. Si usted está en desacuerdo con la forma en que coordinamos los beneficios en el caso en que usted tenga seguro médico con más de un asegurador.
3. Si usted está en desacuerdo con la forma en que hemos aplicado sus reclamos o servicios al deducible de su plan.

4. Si usted está en desacuerdo con el monto de coseguro o copago que ha pagado.
5. Si usted no está satisfecho con el aumento en cualquier tarifa que reciba según su póliza de seguro.
6. Si usted considera que hemos violado cualquier parte del Código de Seguros de Arizona.

Si usted está en desacuerdo con alguna decisión que no pueda apelar según la lista anterior, todavía puede presentar una queja ante nosotros llamando al Departamento de Servicios al Cliente al número impreso en su tarjeta de identificación de miembro. Además, también puede presentar dichas quejas ante: Arizona Department of Insurance, Consumer Affairs Division, 2910 N. 44th Street, Second Floor, Phoenix, AZ 85018.

Quién puede presentar una apelación

Ya sea usted o su proveedor tratante puede presentar una apelación en su nombre. Al final de este paquete encontrará un formulario que puede utilizar para presentar la apelación. No está obligado a utilizar el mismo. Si lo desea, puede enviarnos una carta con la misma información. Si decide apelar nuestra decisión de denegar la autorización de un servicio, debe informarle a su proveedor tratante a fin de que éste le ayude con la información que necesita para presentar su caso.

Descripción del proceso de apelaciones

I. Niveles de revisión

Ofrecemos apelaciones tanto aceleradas como estándar a los residentes de Arizona. Las apelaciones aceleradas se aplican a los servicios de necesidad urgente que usted aún no haya recibido. Las apelaciones estándar se aplican a las solicitudes de servicios que no sean de urgencia y a reclamos denegados por servicios que ya se hayan proporcionado. Ambos tipos de apelación siguen un proceso similar, con la excepción de que procesamos las apelaciones aceleradas con mayor rapidez debido a la condición del paciente.

Cada tipo de apelación tiene tres niveles, de este modo:

Apelaciones aceleradas	Apelaciones estándar
(Para servicios de necesidad urgente que aún no haya recibido)	(Para servicios no urgentes o reclamos denegados)
Primer Nivel: Revisión médica acelerada	Reconsideración informal
Segundo Nivel: Apelación acelerada	Apelación formal
Tercer Nivel: Revisión médica independiente externa acelerada	Revisión médica independiente externa

Nosotros tomamos las decisiones de Primer y Segundo Nivel. Un revisor ajeno, quien es totalmente independiente de nuestra compañía, toma las decisiones de Tercer Nivel. Usted no es responsable de pagar los costos de la revisión externa si opta por una apelación de Tercer Nivel. A continuación se describen en detalle los tres niveles de apelaciones:

Antes de solicitar el tercer nivel, usted debe agotar el proceso de apelación interna, a menos que:

- Nosotros dispensemos el requisito de agotamiento.
- Nosotros no cumplamos los requisitos del proceso de apelación interna, con excepción de que el incumplimiento se base en violaciones mínimas.

- Usted solicite una apelación acelerada interna y externa al mismo tiempo.

Usted puede proporcionar cualquier información adicional que desee que tomemos en consideración. Además, puede solicitar copias de documentos que sean relevantes a su reclamo (sin cargo alguno). Para ello, comuníquese con nosotros llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Proceso de apelación acelerada para servicios de necesidad urgente que aún no se hayan proporcionado

Revisión médica acelerada (Primer Nivel)

Su solicitud: Usted 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:

- Usted tenga cobertura con 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 la solicitud mediante el proceso de Reconsideración informal (Primer Nivel) y Apelación formal (Segundo Nivel) (alrededor de 30 días) ocasione un cambio negativo considerable en su condición médica. (Al final de este paquete encontrará un formulario que el proveedor puede utilizar para ese fin. Su proveedor también puede enviar una carta o elaborar su propio formulario con información similar). Su proveedor tratante debe enviar la certificación y documentación a:

Nombre:	Aetna Life Insurance Company
Título:	Dental Grievances and Appeals Unit
Dirección:	P.O. Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Teléfono:	1-877-238-6200
Fax:	859-455-8650

Nuestra decisión: Debemos llamar e informarle a usted y a su proveedor tratante de nuestra decisión en el plazo de **1 día hábil o 36 horas tras recibir la solicitud, el que sea menor**. A continuación, enviaremos nuestra decisión por escrito por correo postal tanto a usted como a su proveedor tratante. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle de los documentos en los cuales basamos nuestra decisión. Usted puede solicitar una apelación acelerada interna y externa al mismo tiempo.

Si denegamos su solicitud: Puede apelar de inmediato al Segundo Nivel.

Si concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio y se finalizará el proceso de apelación.

Si referimos su caso al Tercer Nivel: Podríamos decidir omitir el Primer Nivel y Segundo Nivel, y enviar su caso directamente a un revisor independiente de Tercer Nivel.

Apelación acelerada (Segundo Nivel)

Su solicitud: Si denegamos su solicitud en el Primer Nivel, usted puede solicitar una Apelación acelerada. Después de recibir nuestra denegación de Primer Nivel, su proveedor tratante *debe*

enviarnos de inmediato una solicitud (a la misma persona y dirección antes mencionadas bajo el Primer Nivel) para informarnos que usted está presentando una apelación de Segundo Nivel. A fin de ayudar con la apelación, su proveedor también debe enviarnos cualquier información adicional que el proveedor aún no nos haya enviado y la cual demuestre el motivo por el cual usted necesita el servicio solicitado.

Nuestra decisión: Tenemos la obligación de llamar e informarle a usted y a su proveedor tratante de nuestra decisión en el plazo de **1 día hábil o 36 horas tras recibir la solicitud, el que sea menor.**

A continuación, enviaremos nuestra decisión por escrito por correo postal tanto a usted como a su proveedor tratante. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle de los documentos en los cuales basamos nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Puede apelar de inmediato al Tercer Nivel.

Si concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio y se finalizará el proceso de apelación.

Si referimos su caso al Tercer Nivel: Podríamos decidir omitir el Segundo Nivel y enviar su caso directamente a un revisor independiente de Tercer Nivel.

Revisión independiente externa acelerada (Tercer Nivel)

Su solicitud: Usted puede presentar una apelación de Revisión médica independiente externa acelerada únicamente después de haber apelado a través del Segundo Nivel. Usted tiene un plazo de cuatro meses tras recibir la decisión de Segundo Nivel de Aetna para enviar una solicitud por escrito a Aetna a fin de que se haga una Revisión médica independiente externa acelerada. Su solicitud debe incluir cualquier información adicional que respalde su solicitud para el servicio. Debe enviar su solicitud por escrito para que se haga una Revisión médica independiente externa acelerada a:

Nombre:	Priscilla Bugari, R.N.
Título:	Director, Aetna National External Review Unit
Dirección:	1100 Abernathy Rd, Suite 375, Atlanta, GA 30328
Teléfono:	1-877-848-5855 (sin cargo)
Fax:	860-975-1526

Ni usted ni su proveedor tratante son responsables por el costo de ninguna Revisión médica independiente externa acelerada que se haga.

Proceso

Existen 2 tipos de Apelaciones de Revisión médica independiente externa acelerada, dependiendo de los problemas del caso:

1. Las Apelaciones de necesidad médica son los casos en los que Aetna ha decidido no autorizar un servicio debido a que Aetna considera que el(los) servicio(s) que usted o su proveedor tratante solicita(n) no es(son) médicamente necesario(s) para tratar su condición o no cumple(n) el criterio de idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención médica, o eficacia del beneficio cubierto. El revisor independiente externo de aceleración es un proveedor contratado por una organización de revisión independiente externa ("IRO", por sus siglas en inglés), la cual es facilitada por el Departamento de Seguros de Arizona, y no tiene ninguna conexión con Aetna. El

proveedor de la IRO debe ser un proveedor que típicamente maneja la condición bajo revisión.

En el plazo de 1 día hábil tras recibir su solicitud, Aetna debe:

- Enviar por correo un acuse de recibo por escrito de la solicitud al Director de Seguros, a usted y a su proveedor tratante.
- Enviar al Director de Seguros: la solicitud para revisión, su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo; todos los expedientes médicos y documentación de respaldo utilizados en los que se basó la decisión de Aetna; un resumen de los aspectos correspondientes, incluyendo una declaración de la decisión tomada por Aetna; el criterio utilizado y las razones clínicas de la decisión de Aetna; y las partes relevantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna. Aetna también debe incluir el nombre y las credenciales del proveedor que haya revisado y confirmado la denegación en los niveles de apelación anteriores.

En el plazo de 2 días hábiles tras recibir la información enviada por Aetna, el Director de Seguros debe enviar toda la información presentada a la organización de revisión independiente externa ("IRO").

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

En el plazo de 48 horas tras recibir la decisión de la IRO, el Director de Seguros debe enviar un aviso por correo de la decisión tomada a Aetna, a usted y a su proveedor tratante.

2. Las apelaciones de cobertura de contrato son los casos en los que Aetna ha denegado la cobertura debido a que Aetna considera que el servicio solicitado no está cubierto según su Certificado de cobertura o el Certificado de seguro de grupo. Para estas apelaciones, el Departamento de Seguros de Arizona es el revisor independiente externo de aceleración.

En el plazo de 1 día hábil tras recibir su solicitud, Aetna debe:

- Enviar por correo un acuse de recibo por 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 expedientes médicos y la documentación de respaldo en los que se basó la decisión de Aetna; un resumen de los aspectos correspondientes, incluyendo una declaración de la decisión tomada por Aetna; el criterio utilizado y cualquier razón clínica de nuestra decisión y las partes relevantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna.

En el plazo de 2 días hábiles tras recibir dicha información, el Director de Seguros debe determinar si se cubre el servicio o el reclamo, emitir una decisión y enviar un aviso a Aetna, a usted y a su proveedor tratante.

En ocasiones, el Director de Seguros no es capaz de determinar los aspectos de la cobertura. Si eso sucede, el Director de Seguros enviará su caso a una IRO. La IRO

tendrá un plazo de 72 horas para tomar una decisión y enviarla al Director de Seguros. El Director de Seguros tendrá 48 horas tras recibir la decisión de la IRO para enviar la decisión a Aetna, a usted y a su proveedor tratante.

Decisión

Decisión de la necesidad médica:

Si la IRO decide que Aetna debe proporcionar el servicio, Aetna debe autorizar el servicio. Si la IRO concuerda con la decisión de Aetna de denegar el servicio, se finalizará la apelación. Su única otra opción es proseguir con su reclamo ante una corte superior.

Decisión de la cobertura de contrato:

Si usted está en desacuerdo con la decisión final del Director de Seguros respecto a un caso de cobertura de contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”, por sus siglas en inglés). Si Aetna está en desacuerdo con la decisión final del Director, Aetna también puede solicitar una audiencia ante la OAH. Se debe programar una audiencia dentro de los 30 días tras recibir la decisión del Director. La OAH debe programar y completar con prontitud la audiencia para apelaciones de decisiones tomadas en apelaciones de Revisión médica independiente externa acelerada.

Proceso de apelación estándar para servicios no urgentes y reclamos denegados

Reconsideración informal (Primer Nivel)

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

- Usted tenga cobertura con nosotros;
- Hayamos denegado su solicitud de un servicio cubierto o hayamos denegado su reclamo por servicios ya proporcionados,
- Usted no califique para una apelación acelerada, y
- Usted o su proveedor tratante pidan una Reconsideración informal dentro de 2 años a partir de la fecha en que se haya denegado por primera vez el servicio solicitado o el reclamo, presentando la solicitud por teléfono, por escrito o por fax a:

Nombre:	Aetna Life Insurance Company
Título:	Dental Grievances and Appeals Unit
Dirección:	P.O. Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Teléfono:	1-877-238-6200
Fax:	859-455-8650

Nuestro acuse de recibo: Aetna tiene un plazo de 5 días hábiles tras recibir su solicitud de una Reconsideración informal (“la fecha de recepción”) para enviarle a usted y a su proveedor tratante un aviso de que se ha recibido su solicitud.

Nuestra decisión: Aetna tiene los plazos de tiempo siguientes tras la fecha de recepción, dentro de los cuales debe decidir si se cambiará nuestra decisión y se autorizará el servicio solicitado por usted, o se pagará su reclamo. Dentro del mismo plazo, debemos enviarle a usted y a su proveedor

tratante nuestra decisión por escrito. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle sobre los documentos en los cuales se basa nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud de reclamo previo al servicio, dentro de los 15 días calendario: Un reclamo previo al servicio es un reclamo de cualquier beneficio que requiera aprobación antes de obtener atención médica.

Usted tiene 60 días para apelar al Segundo Nivel.

Si denegamos su solicitud de extensión de reclamo por atención simultánea, dentro de los 15 días calendario:

Una extensión de reclamo por atención simultánea es una solicitud para que se extienda un curso de tratamiento previamente aprobado, o bien, una decisión para que se reduzca el mismo. **Usted tiene 60 días para apelar al Segundo Nivel.**

Si denegamos su solicitud de reclamo posterior al servicio, dentro de los 30 días calendario: Un reclamo posterior al servicio es cualquier reclamo de un beneficio que no es un reclamo previo al servicio. **Usted tiene 60 días para apelar al Segundo Nivel.**

Si concedemos su solicitud: La decisión autorizará el servicio o pagará el reclamo, y se finalizará el proceso de apelación.

Si referimos su caso al Tercer Nivel: Podríamos decidir omitir el Primer Nivel y Segundo Nivel, y enviar su caso directamente a un revisor independiente al Tercer Nivel.

Usted debe agotar el proceso de apelación interna, a menos que:

- Nosotros dispensemos el requisito de agotamiento.
- Nosotros no cumplamos los requisitos del proceso de apelación interna, con excepción del incumplimiento que se base en violaciones poco importantes o menores.

Apelación formal (Segundo Nivel)

Su solicitud: Usted puede solicitar una apelación formal si Aetna ha denegado su solicitud o reclamo en el Primer Nivel. Tras recibir nuestra denegación del Primer Nivel, usted o su proveedor tratante deben enviar una solicitud por escrito en el plazo de 60 días donde se nos informe que usted está presentando una apelación de Segundo Nivel. Con el fin de ayudarnos a tomar una decisión respecto a su apelación, usted o su proveedor tratante también deben enviarnos cualquier información adicional (si aún no se ha enviado) que demuestre los motivos por los cuales deberíamos autorizar el servicio solicitado o pagar el reclamo.

Un miembro y/o representante autorizado pueden asistir a la audiencia de apelación del Segundo Nivel y cuestionar el representante de Aetna y/o cualquier otro testigo, y presentar su caso. La audiencia será informal. El médico de un miembro u otros expertos pueden testificar. Aetna también tiene derecho a presentar testigos.

Envíe su solicitud de apelación y cualquier información a:

Nombre:	Aetna Life Insurance Company
Título:	Dental Grievances and Appeals Unit
Dirección:	P.O. Box 14021, Lexington, KY 40512-4021
Teléfono:	1-877-238-6200
Fax:	859-455-8650

Nuestro acuse de recibo: Aetna tiene un plazo de 5 días tras recibir su solicitud de una apelación formal (“la fecha de recepción”) para enviarle 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 usted aún no haya recibido, Aetna cuenta con los siguientes marcos de tiempo tras la fecha de recepción, durante los cuales decidiremos si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado por usted. Le enviaremos a usted y a su proveedor tratante nuestra decisión por escrito. La decisión por escrito debe explicar las razones de nuestra decisión e informarle sobre los documentos en los cuales se basa nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud de reclamo previo al servicio, dentro de los 15 días calendario: Un reclamo previo al servicio es un reclamo de cualquier beneficio que requiera aprobación antes de obtener atención médica. **Usted tiene cuatro meses para apelar al Tercer Nivel.**

Si denegamos su solicitud de extensión de reclamo por atención simultánea, dentro de los 15 días calendario: Una extensión de reclamo por atención simultánea es una solicitud para que se extienda un curso de tratamiento previamente aprobado, o bien, una decisión para que se reduzca el mismo. **Usted tiene cuatro meses para apelar al Tercer Nivel.**

Si denegamos su solicitud de reclamo posterior al servicio, dentro de los 30 días calendario: Un reclamo posterior al servicio es cualquier reclamo de un beneficio que no es un reclamo previo al servicio. **Usted tiene cuatro meses para apelar al Tercer Nivel.**

Si concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio o pagaremos el reclamo, y se finalizará el proceso de apelación.

Si referimos su caso al Tercer Nivel: Podríamos decidir omitir el Segundo Nivel y enviar su caso directamente a un revisor independiente con el Tercer Nivel.

Revisión independiente externa (Tercer Nivel)

Su solicitud: Usted puede obtener una Revisión médica independiente externa únicamente después de haber presentado cualquier apelación mediante el Primer Nivel o Segundo Nivel estándar y acelerado. Tiene cuatro meses tras 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 otro material justificante o documentación que respalde su solicitud de servicio cubierto o su reclamo de servicio cubierto a:

Nombre:	Priscilla Bugari, R.N.
Título:	Director, Aetna National External Review Unit
Dirección:	1100 Abernathy Rd, Suite 375, Atlanta, GA 30328
Teléfono:	1-877-848-5855 (sin cargo)
Fax:	860-975-1526

Ni usted ni su proveedor tratante son responsables del costo de cualquier Revisión médica independiente externa que se haga.

Proceso

Existen 2 tipos de apelaciones de Revisión médica independiente externa, dependiendo de los aspectos del caso:

1. Las apelaciones de necesidad médica son los casos en los que Aetna ha decidido no autorizar un servicio debido a que Aetna considera que el(los) servicio(s) que usted o su proveedor tratante solicita(n) no es(son) médicamente necesario(s) para tratar su condición o no cumple(n) el criterio de idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto. El revisor independiente externo es un proveedor contratado por una organización de revisión independiente externa (“IRO”), la cual es facilitada por el Departamento de Seguros de Arizona y no tiene ninguna conexión con Aetna. El proveedor de la IRO debe ser uno que típicamente maneje la condición bajo revisión.

En el plazo de 6 días hábiles tras recibir la solicitud enviada por usted o por el Director de Seguros, o si Aetna inicia una Revisión médica independiente externa, Aetna debe:

- Enviar por correo un acuse de recibo por escrito al Director de Seguros, a usted y a su proveedor tratante.
- Enviar al Director de Seguros: la solicitud para revisión, su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo; todos los expedientes médicos y documentación de respaldo utilizados en los que se basó la decisión de Aetna; un resumen de los aspectos correspondientes, incluyendo una declaración de la decisión tomada por Aetna; el criterio utilizado y las razones clínicas de la decisión de Aetna; y las partes relevantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna. Nosotros también debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor que haya revisado y confirmado la denegación en los niveles de apelación anteriores.

En el plazo de 5 días hábiles tras recibir la información enviada por Aetna, el Director de Seguros debe enviar toda la información presentada a la organización de revisión independiente externa (“IRO”).

En el plazo de 45 días calendario tras recibir la información, la IRO debe tomar una decisión y enviar la decisión al Director de Seguros.

En el plazo de 5 días hábiles tras recibir la decisión de la IRO, el Director de Seguros enviará un aviso de la decisión tomada a Aetna, a usted y a su proveedor tratante.

2. Las apelaciones de cobertura de contrato son los casos en los que Aetna ha denegado la cobertura debido a que Aetna considera que el servicio solicitado no está cubierto según su Certificado de cobertura o Certificado de seguro de grupo. Para estas apelaciones, el Departamento de Seguros de Arizona es el revisor independiente externo.

En el plazo de 6 días hábiles tras recibir la solicitud enviada por usted o si Aetna inicia una Revisión médica independiente externa, Aetna debe:

- Enviar por correo un acuse de recibo por 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 expedientes médicos y la documentación de respaldo utilizados en los que se basó la decisión de

Aetna; un resumen de los aspectos correspondientes, incluyendo una declaración de la decisión tomada por Aetna; el criterio utilizado y cualquier razón clínica de nuestra decisión y las partes relevantes de las pautas de revisión de utilización de Aetna.

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

En ocasiones, el Director de Seguros no es capaz de determinar los aspectos de la cobertura. Si eso sucede o si el Director de Seguros establece que el caso tiene que ver con una condición médica, el Director de Seguros remitirá su caso a una IRO. La IRO tendrá un plazo de 45 días calendario para tomar una decisión y enviarla al Director de Seguros. El Director de Seguros tendrá 5 días hábiles tras recibir la decisión de la IRO para enviar la decisión a Aetna, a usted y a su proveedor tratante.

Decisión

Decisión de la necesidad médica:

Si la IRO decide que Aetna debe proporcionar el servicio, Aetna debe autorizar el servicio independientemente de si se ha procurado una revisión judicial. Si la IRO concuerda con la decisión de Aetna de denegar el servicio, se finalizará la apelación. Su única otra opción es proseguir con su reclamo ante una corte superior. Sin embargo, si la IRO, usted o Aetna lo solicitan por escrito, el Director de Seguros podría extender el plazo de 45 días hasta en 30 días adicionales, si la parte solicitante demuestra una buena causa para la extensión.

Decisión de la cobertura de contrato:

Si usted está en desacuerdo con la decisión final del Director de Seguros respecto a un caso de cobertura de contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas ("OAH"). Si Aetna está en desacuerdo con la decisión final del Director, Aetna también puede solicitar una audiencia ante la OAH. Se debe solicitar una audiencia dentro de los 30 días tras recibir la determinación en cuanto al asunto de cobertura. La OAH ha establecido reglas que rigen la forma en que se conducen los procedimientos de audiencia.

II. La función del Director de Seguros.

La ley de Arizona (A.R.S. §20-2533(F)) exige que "cualquier miembro que presente una queja o apelación ante el Departamento con respecto a alguna decisión adversa debe seguir el proceso de revisión recomendado" por ley. Eso significa que, en el caso de las decisiones que son apelables, usted debe completar el proceso de apelaciones de atención médica antes que el Director de Seguros pueda investigar cualquier queja o apelación que usted tenga en contra de Aetna con base en la decisión en cuestión de la queja o apelación.

El proceso de apelación requiere que el Director:

1. Supervise el proceso de apelación.
2. Mantenga copias de cada plan de revisión de utilización presentado por Aetna.
3. Reciba, procese y tome acción en las solicitudes que Aetna haga de cualquier Revisión médica independiente externa.
4. Haga respetar las decisiones tomadas por Aetna.
5. Revise las decisiones tomadas por Aetna.
6. Presente un informe ante el cuerpo legislativo.

7. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de apelación ante la corte superior o la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).
8. Emita una decisión administrativa final en los casos de cobertura, incluyendo un aviso del derecho a solicitar una audiencia ante la OAH.

III. Obtención de registros médicos.

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

Entidad designada para tomar decisiones: Si usted ha designado a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica, esa persona debe enviar una solicitud por escrito para tener acceso a sus registros médicos o copias de los mismos. Los registros médicos deben proporcionarse a la entidad designada para tomar decisiones sobre su atención médica o a una persona designada por escrito por su entidad designada para tomar decisiones, a menos que usted limite el acceso a sus registros médicos solamente a usted o a su entidad asignada para tomar decisiones sobre su atención médica.

Confidencialidad: Los registros médicos revelados según A.R.S. §12-2293 siguen teniendo carácter confidencial. Si usted participa en el proceso de apelación, las porciones relevantes de sus registros médicos serán reveladas únicamente a las personas autorizadas para participar en el proceso de revisión de la condición médica que se esté revisando. Esas personas no pueden revelar su información médica a ninguna otra persona.

IV. Documentación para la apelación.

Si usted decide presentar una apelación, debe proporcionarnos todo material justificante o toda documentación para la apelación al momento de presentar la apelación. Si recopila información nueva durante el curso de la apelación, debe enviarnos la misma tan pronto como la reciba. También debe proporcionar a Aetna la dirección y el número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted. 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 o cualquier otro documento escrito que sea obligatorio enviar por correo se considera recibido por la persona a quien se envía el mismo a la dirección apropiada (su última dirección conocida) para el quinto día hábil después del envío por correo.

VI. Retención de registros.

Aetna retendrá los registros de todas las quejas y apelaciones durante un período de al menos 7 años.

VII. Tarifas y costos.

Nada de lo mencionado en este documento debe interpretarse como que Aetna tiene la obligación de pagar las tarifas o los costos de asesoramiento en los que usted incurra al presentar una queja o apelación.

Envíe los formularios llenos a:

Para el Primer y Segundo Nivel acelerado y estándar

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

Para la Revisión independiente externa acelerada y estándar (Tercer Nivel)

Priscilla Bugari, R.N.
Director, Aetna National External Review Unit
Dirección: 1100 Abernathy Road, Suite 375, Atlanta, GA 30328
Teléfono: 1-877-848-5855 (sin cargo)
Fax: 860-975-1526

Formulario de solicitud de apelación para atención dental

(Puede utilizar este formulario para informar a su asegurador que desea apelar una decisión de denegación.)

Nombre del miembro asegurado _____ # de identificación de miembro _____

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

Dirección postal _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de denegación: _____ Reclamo denegado de servicio ya proporcionado _____ Servicio denegado aún no recibido

Nombre del asegurador que denegó el reclamo o servicio: _____

Si está apelando la decisión de su asegurador de denegar un servicio que aún no ha recibido, ¿existe la posibilidad de que el retraso de 30 días para recibir el servicio ocasione un cambio negativo considerable en su salud? Si la respuesta es "sí", podría tener derecho a una apelación acelerada. Su proveedor tratante debe firmar y enviar una certificación y la documentación que respalde la necesidad de una apelación acelerada.

¿Qué decisión está apelando? (Explique lo que desee que el asegurador autorice o pague.)

Explique por qué cree que debería cubrirse el reclamo o servicio:

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

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación o necesita ayuda con la preparación de su apelación, puede llamar a Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros al **602-364-2499** o al **1-800-325-2548** (si llama desde Arizona, pero fuera del área de Phoenix) o comunicarse por Internet en **www.azinsurance.gov**. También puede llamar al número de Servicios al Miembro de Aetna que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Asegúrese de adjuntar todo lo que demuestre por qué piensa que el asegurador debería cubrir el reclamo o autorizar el servicio, incluyendo: _____ Registros médicos _____ Documentación de respaldo (carta del médico, folletos, notas, recibos, etc.)
También adjunte la certificación del proveedor tratante si está solicitando la revisión acelerada.

Firma del asegurado o representante autorizado

Fecha

Envíe los formularios llenos a:

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

Formulario de certificación del proveedor para revisiones médicas aceleradas

(Usted y el proveedor pueden utilizar este formulario al solicitar una apelación acelerada.)

Todo paciente a quien se le deniegue autorización para un servicio cubierto tiene derecho a una apelación acelerada si el proveedor tratante certifica y proporciona documentación de respaldo en cuanto a que existe la probabilidad de que el período de tiempo que toma el proceso de apelación estándar (alrededor de 30 días) “ocasione un cambio negativo considerable en la condición médica [del paciente] en cuestión”.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico o proveedor tratante _____
Teléfono _____ Fax _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ # de identificación de miembro _____
Teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADOR

Nombre del asegurador _____
Teléfono _____ 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 apelación estándar y no puede utilizar el proceso de apelación acelerada.
 Si la respuesta es “no”, continúe con este formulario.

- ¿Qué denegación de servicios está apelando el paciente?

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

Ajunte hojas adicionales, si es necesario, e incluya: Registros médico Documentación de respaldo

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación o necesita ayuda respecto a esta certificación, puede llamar a Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros al **602-364-2499** o al **1-800-325-2548** (si llama desde Arizona, pero fuera del área de Phoenix) o comunicarse por Internet en **www.azinsurance.gov**. También puede llamar al número de Servicios al Miembro de Aetna que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. En el caso de los planes sujetos a la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible (PPACA), si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de apelación, este aviso, o necesita asistencia, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados 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 de tiempo necesario para los procesos de apelación de Primer y Segundo Nivel (alrededor de 30 días) existe la probabilidad de que se ocasione un cambio negativo considerable en la condición médica del paciente en cuestión.

Firma del proveedor

Fecha

Notas

**If you need this material translated into another language, please call Member Services at 1-800-323-9930.
Si usted necesita este material en otro lenguaje, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-800-323-9930.**

www.aetna.com

©2014 Aetna Inc.
00.28.335.2-AZ (1/14)

