

Paquete informativo sobre el proceso de apelación de las aseguradoras del cuidado de la salud en Arizona

Humana

LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE PAQUETE Y CONSÉRVELA PARA FUTURAS CONSULTAS REFERENCIA. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO APELAR LAS DETERMINACIONES ADVERSAS QUE TOMEMOS SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD.

IMPORTANTE: EL PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA TODOS LOS PLANES DEBE INCLUIR UN NIVEL DE REVISIÓN INICIAL. PARA ALGUNOS PLANES PODEMOS OPTAR POR OFRECER UN SEGUNDO NIVEL INTERNO DE REVISIÓN DENOMINADO APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA. LA APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA, Y CUALQUIER REFERENCIA A LA APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA EN ESTE PAQUETE, **SE APLICA A SU PLAN.**

Debemos enviarle un ejemplar de este paquete de información cuando reciba su póliza por primera vez, a petición suya o del proveedor que le trata, y facilitarle el acceso a una copia de este paquete de información sobre apelaciones sobre el cuidado de la salud en nuestro sitio web: [es-www.humana.com/member/exceptions-and-appeals](https://www.humana.com/member/exceptions-and-appeals). Cuando se renueve su cobertura de seguro, le enviaremos un recordatorio para que pueda solicitar otra copia de este paquete. Solo tiene que llamar al número de nuestros Servicios al cliente/para afiliados que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete para solicitar una copia adicional.

¿QUÉ DISPUTAS PUEDEN SOMETERSE AL PROCESO DE APELACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE ARIZONA?

Usted puede presentar una apelación cuando le notifiquemos una Determinación adversa, lo que significa que un servicio solicitado o una reclamación de servicio o una denegación, reducción o finalización del servicio, en parte o en su totalidad:

- No es médicamente necesario o apropiado, incluido el entorno de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia de un tratamiento o servicio.
- Es experimental o está en investigación.
- No es un servicio cubierto.

Una Determinación adversa también incluye la cancelación de la póliza desde la fecha de vigencia por un motivo distinto al impago de las primas, lo que se conoce como rescisión de la cobertura.

Algunos ejemplos de disputas que no son elegibles para el proceso de Apelación sobre el cuidado de la salud de Arizona incluyen que:

- Usted no esté de acuerdo con nuestra determinación en cuando a la cantidad que pagamos por un servicio o tratamiento.
- Usted no esté de acuerdo con la forma en que coordinamos los beneficios cuando tiene un seguro de salud con más de una aseguradora.
- Usted no esté de acuerdo con la cantidad de sus costos compartidos (copagos y coseguro) o con el modo en que hemos aplicado sus reclamaciones o servicios al deducible de su plan.

Si no está de acuerdo con una decisión nuestra que no es apelable, póngase en contacto con nosotros en el número que figura en la página **COMUNÍQUESE CON NOSOTROS** de este paquete.

¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD O REPRESENTAR A UN AFILIADO?

Usted, o su proveedor tratante en su nombre pueden presentar una apelación. Los siguientes representantes autorizados también pueden presentar una apelación en su nombre:

- Padre, madre o tutor legal.
- Un representante que está autorizado a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud en nombre del afiliado a través de un poder legal, una orden judicial o las disposiciones de A.R.S. § 36-3231.
- Un agente adulto con autoridad para tomar decisiones sobre tratamientos para el cuidado de la salud en nombre del afiliado en virtud de un poder legal para cuidado de la salud.

Si usted es el afiliado y desea presentar una apelación sobre el cuidado de la salud, puede trabajar con su proveedor tratante para que le ayude con la información que necesita para respaldar su apelación. En Arizona, son los proveedores tratantes quienes presentan la mayoría de las apelaciones sobre el cuidado de la salud.

HERRAMIENTAS PARA PRESENTAR APELACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

En este paquete, encontrará formularios que puede utilizar para su apelación. El Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona (AZ DIFI, por sus siglas en inglés) elaboró estos formularios para ayudar a los consumidores a presentar una apelación sobre el cuidado de la salud. Usted **no** está obligado a utilizarlos y nosotros **no podemos** rechazar su apelación si no los utiliza. Para presentar una apelación, puede llamarnos o enviarnos una solicitud por escrito. Si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con nosotros en el número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o en la página **COMUNÍQUESE CON NOSOTROS** de este paquete.

Si tiene preguntas generales acerca de las apelaciones sobre el cuidado de la salud, puede comunicarse con la Sección de servicios al consumidor del AZ DIFI llamando al (602) 364-2499 o visitando su página web www.difi.az.gov.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN

Hay dos tipos de plazos para presentar una apelación: una apelación acelerada para asuntos urgentes y una apelación estándar. Las apelaciones funcionan de forma similar, salvo que las aceleradas se procesan mucho más rápido en función de la afección del paciente.

Las apelaciones se clasifican como de Necesidad Médica o de Cobertura. La designación afectará la forma en que nosotros y el AZ DIFI gestionemos el caso, así como los derechos que le asisten una vez finalizado el proceso de apelación sobre el cuidado de la salud.

PLAZOS ESTÁNDAR VS. ACELERADOS: ¿ES URGENTE?

Por lo general, una apelación estándar por un servicio aún no proporcionado se completará en un plazo de 30 días.

Si su apelación es urgente, su médico tratante debe certificar y proporcionarnos documentación de respaldo que indique que el plazo para la revisión de una apelación estándar ocasionaría un cambio negativo significativo en su afección. Al final de este paquete, encontrará un formulario de certificación del proveedor, pero **no** es obligatorio utilizarlo. Su proveedor también podría enviar una solicitud por escrito o crear un formulario con información similar. Su proveedor tratante debe enviarnos la certificación y la documentación utilizando la información de la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Determinaciones adversas elegibles para el proceso de apelación acelerado

La siguiente es una lista no exhaustiva de Determinaciones adversas que pueden acelerarse con la certificación de su proveedor:

- La denegación de un servicio de cuidado de la salud como experimental o de investigación.
- La denegación de un servicio de cuidado de la salud por el que un afiliado ha recibido servicios de emergencia, pero no ha recibido el alta.
- La denegación, reducción o finalización de la cobertura de una admisión.
- La disponibilidad del cuidado.
- Una estadía continuada para un tratamiento antes de que finalice el período de tiempo o el número de tratamientos recomendados por el proveedor tratante.
- La denegación de autorización previa.

Si ya ha recibido el servicio, o se trata de una rescisión de póliza, **no** se podrá acelerar.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN

- Su plan puede ofrecer o no un segundo nivel interno de revisión denominado Apelación interna voluntaria. La primera página de este paquete indica si la Apelación interna voluntaria se aplica a su plan.
- Usted tiene dos años a partir de la fecha de una Determinación adversa para comenzar el proceso de apelación sobre el cuidado de la salud.
- Las solicitudes para todos los niveles de apelación sobre el cuidado de la salud deben enviárenos directamente utilizando la información en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.
- Una apelación debe pasar primero por el nivel de Apelación inicial y, si corresponde, por el nivel de Apelación interna voluntaria, o bien se debe renunciar a los niveles internos de revisión o estos se deben considerar agotados, antes de solicitar una Revisión externa independiente, salvo que pueda iniciar simultáneamente una Revisión externa independiente acelerada en cualquier nivel interno de revisión.
- Nosotros completamos la Apelación inicial y la Apelación interna voluntaria, si corresponde, y los niveles de revisión de Revisión médica acelerada y Apelación acelerada. Para los niveles de Revisión externa independiente y Revisión externa independiente acelerada, enviamos la apelación al AZ DIFI.
- En cualquier momento, podemos renunciar a los niveles internos de revisión y pasar una apelación al nivel de Revisión externa independiente.
- No hay una cantidad mínima en dólares en cuanto al valor de una reclamación o servicio para que sea elegible para el proceso de apelación sobre el cuidado de la salud.
- Ni usted ni su proveedor tienen que pagar por ningún nivel de apelación.
- Es importante prestar atención a los plazos en cada nivel de revisión.
- Para planes individuales, y planes grupales que no optan por ofrecer un nivel de Apelación interna voluntaria, existen dos niveles de apelación estándar:
 1. Apelación inicial.
 2. Revisión externa independiente.
- Para planes grupales e individuales con derechos adquiridos que optan por ofrecer un nivel de Apelación interna voluntaria, existen tres niveles de apelación estándar:
 1. Apelación inicial.
 2. Apelación interna voluntaria.

3. Revisión externa independiente.

- Para todos los planes, existen tres niveles de apelación acelerada:
 1. Revisión médica acelerada.
 2. Apelación acelerada.
 3. Revisión externa independiente acelerada.
- Si la Revisión externa independiente implica necesidad médica, el AZ DIFI selecciona una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) que es completamente independiente de nosotros para tomar la determinación. El revisor de la IRO será un proveedor que normalmente maneja la afección objeto de la apelación.
- Si la apelación se refiere a si un tratamiento o servicio está cubierto en su póliza, el AZ DIFI es el revisor externo.

<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN ACELERADA PARA SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA Y AÚN NO SE HAN PROPORCIONADO</p>

Revisión médica acelerada

Usted puede obtener una Revisión médica acelerada de una Determinación adversa para un servicio que aún no ha sido proporcionado si su proveedor tratante certifica por escrito y presenta documentación de respaldo indicando que es probable que el tiempo para una apelación estándar ocasione un cambio negativo significativo en su afección médica. Al final de este paquete encontrará un formulario que su proveedor tratante puede utilizar, pero que **no** es obligatorio. Su proveedor también podría proporcionar una solicitud por escrito o crear un formulario con información similar. Su proveedor tratante debe enviarnos la certificación y la documentación utilizando la información de la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Disponemos de 72 horas tras recibir la solicitud para decidir si debemos cambiar nuestra determinación y autorizar el servicio solicitado. Dentro de este plazo, debemos llamar e informarles a usted y a su proveedor tratante sobre nuestra determinación. También debemos enviarles una determinación por escrito.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio y la apelación habrá terminado.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que basamos nuestra determinación. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación.

Podemos decidir en cualquier momento renunciar a los niveles de Revisión médica acelerada y Apelación acelerada y enviar su apelación al AZ DIFI para una Revisión externa independiente acelerada.

Apelación acelerada

Si denegamos su Revisión médica acelerada, puede solicitar una Apelación acelerada. Después de recibir nuestra determinación de Revisión médica acelerada, su proveedor tratante debe enviarnos de inmediato una solicitud de apelación por escrito utilizando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete. Para ayudar a su apelación, su proveedor también debe enviarnos cualquier información adicional que él/ella no haya enviado ya para demostrar por qué usted necesita el servicio solicitado.

Disponemos de tres días hábiles tras recibir la solicitud para decidir si debemos cambiar nuestra determinación y autorizar el servicio solicitado. Dentro de este plazo, debemos llamar e informarles a usted y a su proveedor tratante sobre nuestra determinación. También debemos enviarles una determinación por escrito.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio y la apelación habrá terminado.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que basamos nuestra determinación. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación.

Podemos decidir en cualquier momento renunciar al nivel de Apelación acelerada y enviar su apelación al AZ DIFI para una Revisión externa independiente acelerada.

Revisión externa independiente acelerada

A menos que renunciemos a los niveles de Revisión médica acelerada o de Apelación acelerada y enviemos su apelación al AZ DIFI para una Revisión externa independiente acelerada, usted puede solicitar una Revisión externa independiente acelerada después de haber completado una Revisión médica acelerada y una Apelación acelerada o simultáneamente en cualquier nivel interno de revisión. Usted tiene cuatro meses tras recibir una Determinación adversa interna definitiva para enviarnos su solicitud por escrito de Revisión externa independiente acelerada. Si el tratamiento o servicio se considera experimental o está en investigación, puede hacer una solicitud verbal si su médico tratante certifica por escrito que el servicio o tratamiento solicitado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con prontitud. Envíenos su solicitud y toda la información complementaria adicional utilizando la información de la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Existen dos tipos de Revisión externa independiente acelerada en función de la dificultad de su caso: Necesidad por razones médicas o Cobertura del contrato

(A) Necesidad por razones médicas

Se trata de casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque hemos determinado que el servicio que usted o el proveedor tratante solicitan no es médicamente necesario para tratar su afección. En los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor subcontratado

por una IRO, la cual es contratada por el DIFI de AZ y no está relacionada con nuestra compañía. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente trata la afección objeto de revisión. Las apelaciones de necesidad por razones médicas están sujetas a los siguientes plazos:

- En un plazo de un día hábil después de recibir su solicitud, debemos:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud de apelación al AZ DIFI, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, Evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los expedientes médicos y documentación de respaldo utilizados para emitir nuestra determinación.
 - d. Un resumen de las dificultades planteadas, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de la utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y confirmó la denegación en los niveles internos de revisión.
- En un plazo de dos días hábiles después de recibir la apelación, el AZ DIFI debe enviar toda la información presentada a la IRO.
- En un plazo de 72 horas después de recibir la apelación, la IRO debe tomar una determinación y enviarla al AZ DIFI.
- En un plazo de un día hábil después de recibir la determinación de la IRO, el AZ DIFI debe enviar una notificación de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio, debemos autorizarlo. Si la IRO está de acuerdo con nuestra determinación de denegar el servicio, la apelación habrá concluido y su única opción posterior será interponer una reclamación ante el Tribunal Superior.

(B) Cobertura del contrato

Se trata de casos en los que hemos denegado la cobertura porque hemos determinado que el servicio solicitado no está cubierto por su póliza de seguro. En los casos de cobertura del contrato, el AZ DIFI es el revisor independiente. Las apelaciones sobre cobertura del contrato están sujetas a los siguientes plazos:

- En un plazo de un día hábil después de recibir su solicitud, debemos:

1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al AZ DIFI, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, Evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los expedientes médicos y documentación de respaldo utilizados para emitir nuestra determinación.
 - d. Un resumen de las dificultades planteadas, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y cualquier razón clínica de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de la utilización.
- En un plazo de dos días hábiles después de recibir esta información, el AZ DIFI debe determinar si el servicio o la reclamación están cubiertos por su póliza de seguro y enviarle una notificación por escrito de su determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

Referido a una IRO para apelaciones sobre cobertura del contrato: Es posible que el AZ DIFI no pueda determinar las dificultades de la cobertura. Si esto ocurre, el AZ DIFI remitirá el caso a una IRO. La IRO tendrá 72 horas para tomar una determinación y enviarla al AZ DIFI. El AZ DIFI tendrá un día hábil después de recibir la determinación de la IRO para enviar una notificación de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si el AZ DIFI decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo. Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la determinación del AZ DIFI sobre una dificultad de cobertura, usted o nosotros podemos solicitar una audiencia ante la Arizona Office of Administrative Hearings (AZ OAH, por sus siglas en inglés) enviando una solicitud al AZ DIFI en un plazo de 30 días después de recibir la determinación del AZ DIFI.

PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS NO URGENTES Y RECLAMACIONES DENEGADAS

Apelación inicial

Usted puede solicitar una Apelación inicial de una Determinación adversa si se dan todas las circunstancias siguientes:

- Tiene cobertura con nosotros.
- Denegamos su solicitud de una reclamación o servicios cubiertos.
- Usted solicita una apelación en un plazo de dos años después de la fecha en que tomamos la Determinación adversa.
- No cumple los requisitos para que se le acelere su apelación.

- Nos envía su solicitud utilizando la información de la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

En cualquier momento, podemos decidir renunciar a la revisión interna y enviar su apelación al AZ DIFI para una Revisión externa independiente.

Antes de tomar una Determinación adversa interna definitiva que depende de información nueva o adicional que generemos, debemos proporcionarle una copia de la nueva información junto a una opción razonable de respuesta dentro de los márgenes de tiempo correspondientes para que le proporcionemos una determinación por escrito.

Determinación y márgenes de tiempo:

- Para planes individuales, y planes grupales o planes con derechos adquiridos que no optan por ofrecer un nivel de Apelación interna voluntaria, tenemos:
 - a. 30 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no proporcionado.
 - b. 60 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no proporcionado.
- Para planes grupales o planes individuales con derechos adquiridos que no optan por ofrecer un nivel de Apelación interna voluntaria, tenemos:
 - a. 15 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no proporcionado.
 - b. 30 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no proporcionado.

Debemos enviarle a usted y a su proveedor tratante una carta de determinación por escrito dentro de los tiempos arriba indicados.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y la apelación habrá terminado.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que basamos nuestra determinación. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación, conforme a los siguientes márgenes de tiempo:

- Para planes individuales, y para planes grupales que no optan por ofrecer un nivel de Apelación interna voluntaria, usted tiene 4 meses para solicitar una Revisión externa independiente.
- Para planes grupales o planes individuales con derechos adquiridos que optan por ofrecer un nivel de Apelación interna voluntaria, usted tiene 60 días para solicitar una Apelación interna voluntaria.

Apelación interna voluntaria

Este nivel de apelación solo corresponde si usted tiene un plan grupal o un plan individual con derechos adquiridos, nosotros optamos por ofrecer este nivel de apelación y usted completó previamente una Apelación inicial.

Usted o su proveedor tratante deben enviarnos una solicitud por escrito en un plazo de 60 días después de una determinación de Apelación inicial para decirnos que desea una Apelación interna voluntaria. Para ayudarnos a tomar una determinación sobre su apelación, usted o su proveedor también deben enviarnos cualquier información adicional que no hayan enviado ya para demostrar por qué debemos autorizar el servicio solicitado o pagar la reclamación. Envíenos su información y solicitud de apelación utilizando la información de la página **COMUNÍQUESE CON NOSOTROS** de este paquete.

En cualquier momento, podemos decidir renunciar al nivel de Apelación interna voluntaria y enviar su apelación al AZ DIFI para una Revisión externa independiente.

Antes de tomar una Determinación adversa interna definitiva que depende de información nueva o adicional que generemos, debemos proporcionarle una copia junto a una opción razonable de respuesta dentro de los márgenes de tiempo correspondientes para que le proporcionemos una determinación por escrito.

Determinación y márgenes de tiempo:

- Tenemos 15 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no proporcionado.
- Tenemos 30 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no proporcionado.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y la apelación habrá terminado.

Si denegamos su apelación, nuestra determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que basamos nuestra determinación. Nuestra determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación. Usted tiene cuatro meses para apelar al nivel de Revisión externa independiente.

Revisión externa independiente

Puede apelar al nivel de Revisión externa independiente solo después de haber completado el/los nivel(es) de apelación interno(s). Usted tiene cuatro meses después de recibir una Determinación adversa interna definitiva para enviarnos su solicitud de apelación por escrito y toda la información complementaria necesaria para la Revisión externa independiente. Envíenos su solicitud utilizando la información de la página **COMUNÍQUESE CON NOSOTROS** de este paquete.

Este nivel de revisión también se aplica si decidimos renunciar al nivel o niveles internos de revisión. Existen dos tipos de Revisión externa independiente dependiendo de la dificultad de su caso: Necesidad por razones médicas o Cobertura del contrato

(A) Necesidad por razones médicas

Se trata de casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque hemos determinado que el servicio que usted o el proveedor tratante solicitan no es médicamente necesario para tratar su afección. En los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor subcontratado por una IRO, la cual es contratada por el DIFI de AZ y no está relacionada con nuestra compañía. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente trata la afección objeto de revisión. Las apelaciones de necesidad por razones médicas están sujetas a los siguientes plazos:

- En un plazo de cinco días hábiles después de recibir su solicitud, debemos:
 1. Enviar por correo un acuse de recibo por escrito de su solicitud al AZ DIFI, a usted y a su proveedor tratante. Este acuse de recibo debe incluir la notificación de que usted dispone de cinco días hábiles después de recibir la notificación para presentar cualquier evidencia adicional por escrito al AZ DIFI para su consideración por parte del revisor externo. El DIFI de AZ la remitirá a la IRO. Si usted proporciona información adicional después de cinco días hábiles, la IRO puede o no tomarla en consideración.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, Evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los expedientes médicos y documentación de respaldo utilizados para emitir nuestra(s) determinación(es).
 - d. Un resumen de las dificultades planteadas, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de la utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y confirmó la(s) determinación(es) en la apelación inicial y, si corresponde, el nivel de apelación interna voluntaria.
- En un plazo de cinco días hábiles después de recibir la apelación, el AZ DIFI debe enviar toda la información presentada a la IRO.
- En un plazo de 21 días después de recibir la apelación, la IRO debe tomar una determinación por escrito y enviar esta determinación al AZ DIFI.
- En un plazo de cinco días hábiles después de recibir la determinación de la IRO, el AZ DIFI debe enviar una notificación de la determinación por escrito a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, nosotros debemos autorizar el servicio o pagar la reclamación.. Si la IRO está de acuerdo con nuestra determinación de denegar el servicio o el pago, la apelación habrá concluido y su única opción posterior será interponer una reclamación ante el Tribunal Superior.

(B) Cobertura del contrato

Se trata de casos en los que hemos denegado la cobertura porque hemos determinado que el servicio solicitado no está cubierto por su póliza de seguro. En los casos de cobertura del contrato, el AZ DIFI es el revisor independiente. Las apelaciones sobre cobertura del contrato están sujetas a los siguientes plazos:

- En un plazo de cinco días hábiles después de recibir su solicitud, debemos:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de su solicitud al AZ DIFI, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, Evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los expedientes médicos y documentación de respaldo utilizados para emitir nuestra(s) determinación(es).
 - d. Un resumen de las dificultades planteadas, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de la utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y confirmó la(s) determinación(es) en la apelación inicial y, si corresponde, el nivel de apelación interna voluntaria.
- En un plazo de quince días hábiles después de recibir esta información, el AZ DIFI debe determinar si el servicio o la reclamación están cubiertos y enviarle una notificación por escrito de su determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

Referido a una IRO para apelaciones sobre cobertura del contrato: Es posible que el AZ DIFI no pueda determinar las dificultades de la cobertura. Si esto ocurre, el AZ DIFI remitirá el caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días para tomar una determinación y enviarla al AZ DIFI. El AZ DIFI tendrá cinco días hábiles después de recibir la determinación de la IRO para enviar una notificación de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si el AZ DIFI decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo. Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la determinación del AZ DIFI sobre una dificultad de cobertura, usted o nosotros podemos solicitar una audiencia ante la AZ OAH enviando una solicitud al AZ DIFI en un plazo de 30 días después de recibir la determinación del AZ DIFI.

OBSERVACIONES SOBRE LAS ORGANIZACIONES DE REVISIÓN INDEPENDIENTE (IRO)

- El AZ DIFI contrata directamente a diferentes IRO. Cada una de ellas mantiene amplias listas de muchos tipos de especialidades de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud autorizados.
- Ni el afiliado ni el proveedor tienen que pagar por ninguna parte del proceso de apelación. Si se recurre a los servicios de una IRO, el AZ DIFI selecciona y paga a la IRO, y luego factura a la aseguradora el reembolso una vez completada la apelación.
- La IRO comprobará que su revisor no tenga ningún conflicto de intereses con la aseguradora, el afiliado o el proveedor tratante, y que no haya participado en la determinación de denegación original ni en ninguna apelación anterior para el mismo afiliado.
- Ni usted ni nosotros mantendremos comunicación alguna con la IRO. La IRO completará su revisión utilizando la documentación de su apelación.
- El revisor de la IRO será un proveedor que normalmente trata la afección objeto de revisión.
- La determinación de la IRO es vinculante para todas las partes. Cualquier otra impugnación deberá tramitarse ante el Tribunal Superior.
- Incluso si se ha determinado que es necesario por razones médicas, ni la IRO, ni el AZ DIFI, ni la AZ OAH pueden ordenar a una aseguradora que proporcione o pague un tratamiento o servicio que esté excluido en una póliza.

CÓMO OBTENER SU EXPEDIENTE MÉDICO

La ley de Arizona (A.R.S. § 12-2293) le permite solicitar una copia de su expediente médico. Su solicitud debe presentarse por escrito y especificar quién quiere usted que reciba el expediente. El proveedor de cuidado de la salud que tenga su expediente le proporcionará a usted o a la persona que usted especifique una copia del mismo.

Persona designada para tomar decisiones: Si usted ha designado a una persona para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud, esa persona debe enviar una solicitud por escrito para obtener acceso o copias de su expediente médico. Los expedientes médicos deben entregarse a la persona que toma decisiones sobre su cuidado de la salud o a una persona designada por escrito por la persona que toma decisiones

sobre su cuidado de la salud, a menos que usted limite el acceso a sus expedientes médicos exclusivamente a usted o a la persona que toma decisiones sobre su cuidado de la salud.

Confidencialidad: Los expedientes médicos divulgados en virtud de A.R.S. § 12-2293 seguirán siendo confidenciales. Si usted participa en el proceso de apelación, las partes pertinentes de su expediente médico solo podrán divulgarse a las personas autorizadas a participar en el proceso de revisión de la afección médica sometida a revisión. Estas personas no podrán revelar su información médica a ninguna otra persona.

DOCUMENTACIÓN PARA UNA APELACIÓN

Si presenta una apelación, debe incluir cualquier justificación o documentación importante. Si recopila nueva información en el transcurso de su apelación, debe facilitárnosla en cuanto la obtenga. También debe facilitarnos la dirección y el número de teléfono o correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted.

Si su apelación pasa a revisión externa, el AZ DIFI podrá comunicarse con usted por correo electrónico desde una dirección de correo electrónico genérica (hca@difi.az.gov). Si la apelación ya está en el nivel de Revisión externa independiente, se le notificará por escrito que tiene cinco días hábiles para enviar cualquier información adicional al AZ DIFI. Si envía algo después de esos cinco días hábiles, no se tendrá en cuenta en su apelación.

EL PAPEL DEL ARIZONA DEPARTMENT OF INSURANCE AND FINANCIAL INSTITUTIONS (AZ DIFI)

La ley de Arizona exige que «todo afiliado que presente una queja ante el [AZ DIFI] en relación con una Determinación adversa siga el proceso de revisión prescrito» por la ley (A.R.S. § 20-2533(F)). Esto significa que usted debe seguir el proceso de apelación sobre el cuidado de la salud respecto de todas las determinaciones adversas apelables antes de que el AZ DIFI pueda investigar una queja que usted pueda tener contra nuestra compañía por la determinación sobre la que versa la apelación.

El proceso de apelación requiere que el AZ DIFI:

1. Supervise el proceso de apelación.
2. Mantenga copias de cada plan de revisión de utilización presentado por las aseguradoras.
3. Reciba, tramite y dé curso a las solicitudes de Revisión externa independiente presentadas por las aseguradoras.
4. Haga cumplir las determinaciones de las aseguradoras.
5. Revise las determinaciones de las aseguradoras.
6. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación al Tribunal Superior o a la OAH de AZ.

7. Emita una determinación administrativa final sobre asuntos de cobertura, incluida la notificación del derecho a solicitar una audiencia ante la AZ OAH.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

Todo documento escrito que se envíe por correo se considerará recibido por la persona a la que el documento esté debidamente dirigido el quinto día hábil después de su envío. Por “dεδbidamente dirigido” se entiende su última direcci3n postal conocida. Cualquier documento puede enviarse de forma alternativa electr3nicamente cuando un afiliado haya elegido el envıo electr3nico.

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

Humana

Humana

TELÉFONO: 1-(800) 901-1303

es-www.humana.com

ENVÍE SU REVISIÓN MÉDICA ACELERADA Y APELACIÓN ACELERADA A:

Humana Departamento de Apelaciones y Quejas formales

PO Box 14546

Lexington, KY 40512-4546

FAX: 1-(920) 339-2112

ENVÍE SU REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE ACELERADA A:

Humana Departamento de Apelaciones y Quejas formales

PO Box 11268

Green Bay, WI 54307-1268

FAX: 1-(920) 339-2112

ENVÍE SU APELACIÓN INICIAL Y APELACIÓN VOLUNTARIA A:

Humana Departamento de Apelaciones y Quejas formales

PO Box 14546

Lexington, KY 40512-4546

ENVÍE SU REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE A:

Humana Departamento de Apelaciones y Quejas formales

PO Box 11268

Green Bay, WI 54307-1268

Humana Departamento de Apelaciones y Quejas formales
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-(920) 339-2112

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

Puede utilizar este formulario para comunicar a su aseguradora que desea apelar una determinación adversa.

Nombre del afiliado asegurado _____ Identificación del _____
afiliado

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del proveedor tratante _____

(Si corresponde) Nombre del representante autorizado _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de denegación: _____ Reclamación denegada _____ Servicio denegado aún no recibido

Nombre de la aseguradora _____

Si está apelando la decisión de su aseguradora de denegar un servicio que aún no ha recibido, ¿es probable que un retraso de 30 días en la recepción del servicio ocasione un cambio negativo significativo en su afección? En caso afirmativo, el proveedor tratante debe firmar y enviar una certificación y documentación que respalde la necesidad de una revisión acelerada.

¿Qué decisión está apelando? _____

(Explique qué es lo que quiere que su aseguradora autorice o pague).

Explique por qué cree que la reclamación o el servicio deberían estar cubiertos. _____

(Adjunte hojas adicionales, si es necesario)

Asegúrese de adjuntar todo lo que demuestre por qué cree que su aseguradora debería cubrir su reclamación o autorizar un servicio, entre otros: __Expediente médico __Documentación de respaldo (carta de su médico, folletos, notas, recetas, etc.) Si solicita una revisión acelerada, adjunte también el certificado y la documentación de respaldo del proveedor tratante. Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda para preparar su apelación, puede llamar al número de Servicios al consumidor del Arizona Department of Insurance and Financial Institutions (602) 364-2499, o a Humana al 1-(800) 901-1303.

Firma del afiliado asegurado o del representante autorizado

Fecha

Humana Departamento de Apelaciones y Quejas formales
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: 1-(920) 339-2112

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR PARA REVISIONES MÉDICAS ACELERADAS Y APELACIONES ACELERADAS

(Este formulario no puede utilizarse si ya se ha proporcionado el servicio.)

Un paciente al que se le deniega la autorización para un servicio cubierto tiene derecho a una apelación acelerada si el proveedor tratante certifica y proporciona documentación de respaldo que demuestre que el tiempo previsto para el proceso de apelación estándar (unos 30 días) "probablemente ocasionará un cambio negativo significativo en la afección médica del paciente en cuestión".

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico/proveedor tratante _____
Teléfono Correo _____ FAX _____
Dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Identificación Nombre del paciente _____
Teléfono Correo _____
Dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADOR

Nombre de la asegurador _____
Teléfono Correo _____ FAX _____
Dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____

- ¿La apelación es por un servicio que el paciente ya recibió? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, el paciente debe seguir el proceso de apelación estándar y no puede utilizar el proceso de apelación acelerado. Si fuera "No", continúe con este formulario.
- ¿Qué determinación adversa se está apelando? _____
- Explique por qué cree que el paciente necesita el tratamiento o servicio solicitado y por qué el tiempo para el proceso de apelación estándar causará un cambio negativo significativo en la afección médica del paciente que es objeto de la apelación. _____

Adjunte hojas adicionales si es necesario, e incluya: Expedientes Documentación de respaldo

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda para preparar esta certificación, puede llamar al número de Servicios al consumidor del Arizona Department of Insurance and Financial Institutions (602) 364-2499 ó a Humana al 1-(800) 901-1303.

Como proveedor tratante del paciente, certifico que es probable que el retraso del cuidado del paciente durante el período necesario para el proceso de apelación estándar ocasione un cambio negativo significativo en la afección médica del paciente en cuestión.

Firma del médico/proveedor tratante

Fecha