

# **Proceso de apelación contra aseguradora médica Paquete de información**



Delta Dental of Arizona

## ÍNDICE

### **OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA 1**

Ayuda para la presentación de la apelación: formularios estandarizados y asistencia para el consumidor del Departamento de Seguros.....	1
Sepa cuándo puede apelar.....	2
Decisiones que puede apelar .....	2
Decisiones que no puede apelar .....	2
¿Quién puede presentar una apelación? .....	3
Descripción del proceso de apelación .....	3
Apelaciones aceleradas      Apelaciones normales.....	3

### **PROCESO DE APELACIÓN PARA SERVICIOS REQUERIDOS CON URGENCIA QUE AÚN NO HAN SIDO PRESTADOS ..... 4**

<b>Nivel 1: Evaluación médica acelerada.....</b>	<b>4</b>
Su petición: .....	4
Nuestra decisión:.....	4
Si denegamos su petición:.....	4
Si aceptamos su petición:.....	4
Si remitimos su caso al Nivel 3:.....	5
<b>Nivel 2: Apelación acelerada.....</b>	<b>5</b>
Su petición: .....	5
Nuestra decisión:.....	5
Si denegamos su petición:.....	5
Si aceptamos su petición:.....	5
Si remitimos su caso al Nivel 3:.....	5
<b>Nivel 3: Evaluación externa independiente acelerada .....</b>	<b>5</b>
Su solicitud: .....	5
El proceso: .....	6
<b>Casos de necesidad médica.....</b>	<b>6</b>
La decisión (necesidad médica): .....	7
<b>Casos de cobertura del contrato .....</b>	<b>7</b>
La decisión (cobertura de contrato): .....	7

### **PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS NO URGENTES Y RECLAMACIONES DENEGADAS ..... 8**

<b>Nivel 1: Reconsideración informal .....</b>	<b>8</b>
Su solicitud: .....	8
La reclamación de un servicio cubierto ya proporcionado pero no pagado:.....	8
Nuestro acuse de recibo: .....	8

Nuestra decisión:.....	8
Si denegamos su petición:.....	9
Si aceptamos su petición:.....	9
Si remitimos su caso al Nivel 3:.....	9
<b>Nivel 2: Apelación formal.....</b>	<b>9</b>
Su solicitud: .....	9
Nuestro acuse de recibo: .....	9
Nuestra decisión:.....	9
Si denegamos su petición o reclamación: .....	10
Si aceptamos su petición:.....	10
Si remitimos su caso al Nivel 3:.....	10
<b>Nivel 3: Evaluación independiente, externa.....</b>	<b>10</b>
Su solicitud: .....	10
El proceso: .....	10
<b>Casos de necesidad médica.....</b>	<b>11</b>
La decisión (necesidad médica): .....	11
<b>Casos de cobertura del contrato .....</b>	<b>12</b>
La decisión (cobertura de contrato): .....	12
<b>Obtención de expedientes médicos .....</b>	<b>13</b>
Tomador de decisiones nombrado: .....	13
Confidencialidad:.....	13
<b>Documentación para una apelación .....</b>	<b>13</b>
<b>La función del Director de Seguros .....</b>	<b>13</b>
<b>Recibo de documentos .....</b>	<b>14</b>

**Paquete de información sobre el proceso de apelación contra aseguradora médica**



**LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN DE ESTE PAQUETE Y CONSÉRVELA PARA CONSULTA FUTURA. EL PAQUETE CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO APELAR DECISIONES QUE TOMAMOS SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.**

**Obtención de información del proceso de apelación sobre atención médica**

**Ayuda para la presentación de la apelación: formularios estandarizados y asistencia para el consumidor del Departamento de Seguros**

Tenemos la obligación de enviarle una copia de este paquete de información cuando recibe su póliza por primera vez y a más tardar 5 días después de que recibamos su solicitud de apelación. A la renovación de su cobertura del seguro, también debemos enviarle un enunciado separado para recordarle que puede solicitar otra copia de este paquete. También le enviaremos una copia de este paquete a usted o al proveedor que lo está tratando en cualquier momento que lo solicite. Basta con que llame a nuestro teléfono de servicio al cliente/afiliado al (800) 352 - 6132 para pedirlo.

En el centro de este paquete encontrará formularios que puede usar para su apelación. El Departamento de Seguros de Arizona (en adelante "Departamento") creó esos formularios para ayudar a la gente que quiera presentar una apelación sobre atención médica. Usted no tiene que usar los formularios. No podemos rechazar su apelación si no los usa. Si necesita ayuda para presentar una apelación o si tiene preguntas sobre el proceso de apelación, puede llamar a la Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento al (602) 364-2499 o al (800) 325-2548 o llámenos a nosotros al (800) 352 - 6132.

### **Sepa cuándo puede apelar**

Cuando *Delta Dental* no autoriza o aprueba un servicio o no paga una reclamación, tenemos que notificarle de su derecho de apelar esa decisión. El aviso puede llegarle directamente de nosotros o por medio del proveedor que le proporciona tratamiento.

### **Decisiones que puede apelar**

Usted puede apelar las siguientes decisiones:

1. No aprobamos un servicio que usted o su proveedor que lo trata solicitó.
2. No pagamos un servicio que usted ya recibió.
3. No autorizamos un servicio o no pagamos una reclamación porque decimos que no es “médicamente necesario”.
4. No autorizamos un servicio o no pagamos una reclamación porque decimos que no tiene cobertura en virtud de su póliza de seguro y usted cree que sí tiene cobertura.
5. No le avisamos, en un plazo de 10 días de haber recibido su solicitud si autorizaremos o no un servicio solicitado.
6. No autorizamos una remisión a un especialista.

### **Decisiones que no puede apelar**

Usted no puede apelar las siguientes decisiones:

1. Usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la cantidad de “cargos usuales y típicos”.
2. Usted no está de acuerdo en cómo coordinamos los beneficios cuando usted tiene seguro médico con más de una aseguradora.
3. Usted no está de acuerdo en la forma en que hemos aplicado sus reclamaciones o servicios al deducible de su plan.
4. Usted no está de acuerdo con la cantidad de coaseguro o copagos que pagó.
5. Usted no está de acuerdo con nuestra decisión de emitir o no emitirle una póliza.
6. Usted no está satisfecho con un aumento de tarifas que pueda recibir en virtud de su póliza de seguro.
7. Usted piensa que hemos violado otras partes del Código de Seguros de Arizona.

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión que no es apelable según esta lista, puede presentar un queja ante Arizona Department of Insurance, Consumer Affairs Division, 2910 N. 44<sup>th</sup> Street, Second Floor, Phoenix, AZ 85018.

### **¿Quién puede presentar una apelación?**

Usted o el proveedor que lo trató puede presentar una apelación en su nombre. En el centro de este paquete hay un formulario que puede usar para presentar su apelación. Usted no tiene que usar este formulario y si lo prefiere nos puede enviar una carta que contenga la misma información. Si usted decide apelar nuestra decisión de denegar autorización de un servicio, debe informarle al proveedor que lo está tratando para que él o ella pueda ayudarle con la información que necesita para presentar su caso.

### **Descripción del proceso de apelación**

Hay dos tipos de apelaciones: una apelación acelerada para asuntos urgentes y una apelación estándar. Cada tipo de apelación tiene 3 niveles. Las apelaciones funcionan de manera similar, salvo que las apelaciones aceleradas se procesan mucho más rápido debido al estado del paciente.

#### **Apelaciones aceleradas**

(para servicios requeridos con urgencia que no ha recibido)

Nivel 1: Evaluación médica acelerada  
Nivel 2: Apelación acelerada  
Nivel 3: Evaluación externa independiente acelerada

#### **Apelaciones normales**

(para servicios no urgentes o reclamaciones denegadas)

Reconsideración informal<sup>1</sup>  
Apelación formal  
Evaluación médica externa independiente

Nosotros tomamos decisiones de Nivel 1 y de Nivel 2. Un evaluador externo, que es completamente ajeno a nuestra compañía, toma las decisiones de Nivel 3. Usted no tiene la obligación de pagar los costos de la evaluación externa si elige apelar en el Nivel 3.

<sup>1</sup> Delta Dental no proporciona reconsideración informal de una reclamación denegada; nuestro proceso comienza en el nivel de apelación formal.

## **PROCESO DE APELACIÓN PARA SERVICIOS REQUERIDOS CON URGENCIA QUE AÚN NO HAN SIDO PRESTADOS**

### **Nivel 1: Evaluación médica acelerada**

#### **Su petición:**

Usted puede obtener una Evaluación Médica Acelerada de su denegación de servicio aún no prestado siempre y cuando:

- Tenga cobertura con nosotros,
- Le hayamos negado su petición de un servicio con cobertura y
- El proveedor que le proporciona tratamiento certifica por escrito y proporciona documentación de apoyo de que el tiempo requerido para procesar su petición por medio del proceso de Reconsideración Informal y Apelación Formal (aproximadamente 60 días) probablemente le causaría un cambio considerablemente negativo en su estado de salud. (En el centro de este paquete hay un formulario que su proveedor puede usar para este fin. Su proveedor también podría enviar una carta o crear un formulario con información similar.) El proveedor que le proporciona tratamiento debe enviar la certificación y documentación a:

**Kathy Morrow**  
**Director, Professional Relations**  
**5656 West Talavi Blvd**  
**Glendale, AZ 85306**  
**602-588-3918**  
**Fax 602-548-5089**

#### **Nuestra decisión:**

Contamos con 1 día hábil después de haber recibido la información del proveedor que lo trata para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio que solicitó. Antes de transcurrido ese mismo día hábil, debemos llamar e informarle de nuestra decisión a usted y al proveedor que proporciona el tratamiento y enviarle nuestra decisión por correo. La decisión escrita debe explicar los motivos de nuestra decisión e informarle de los documentos sobre los cuales basamos nuestra decisión.

#### **Si denegamos su petición:**

Usted puede apelar inmediatamente al Nivel 2.

#### **Si aceptamos su petición:**

Autorizaremos el servicio y la apelación termina.

**Si remitimos su caso al Nivel 3:**

Podríamos decidir saltarnos el Nivel 1 y el Nivel 2 y remitir su caso directamente a un evaluador independiente en el Nivel 3.

**Nivel 2: Apelación acelerada**

**Su petición:**

Si denegamos su petición en el Nivel 1, usted puede solicitar una Apelación Acelerada. Después de recibir nuestra denegación de Nivel 1, el proveedor que está prestando el tratamiento *deberá inmediatamente* enviarnos una petición escrita (a la misma persona y a la misma dirección indicadas arriba bajo Nivel 1) para informarnos de que va a apelar en el Nivel 2. Para facilitar su apelación, su proveedor también debe enviarnos cualquier otra información (que el proveedor aún no nos haya enviado) para demostrar que usted requiere el servicio solicitado.

**Nuestra decisión:**

Tenemos 3 días hábiles después de recibir la petición para tomar nuestra decisión.

**Si denegamos su petición:**

Usted puede apelar inmediatamente al Nivel 3.

**Si aceptamos su petición:**

Autorizaremos el servicio y la apelación se termina.

**Si remitimos su caso al Nivel 3:**

Podríamos decidir saltarnos el Nivel 2 y remitir su caso directamente a un evaluador independiente en el Nivel 3.

**Nivel 3: Evaluación externa independiente acelerada**

**Su solicitud:**

Usted puede apelar en el Nivel 3 sólo después de haber apelado en los Niveles 1 y 2. Usted tiene tan sólo 5 días hábiles después de recibir nuestra decisión de Nivel 2 para enviarnos su petición escrita de Evaluación Independiente Externa Acelerada. Envíe su petición y cualquier información de apoyo que tenga a:

**Kathy Morrow**  
**Director, Professional Relations**  
**5656 West Talavi Blvd**  
**Glendale, AZ 85306**  
**602-588-3918**  
**Fax 602-548-5089**

Ni usted ni el proveedor que le proporciona el tratamiento es responsable del costo de ninguna evaluación externa independiente.

### **El proceso:**

Hay dos tipos de apelaciones de Nivel 3, dependiendo de los asuntos de su caso:

#### (1) Necesidad médica

Estos son los casos en que hemos decidido no autorizar un servicio debido a que creemos que los servicios que está pidiendo (usted o su proveedor) no son médicamente necesarios para tratar su problema. Para los casos de necesidad médica, el evaluador independiente es un proveedor contratado por una organización evaluadora independiente (IRO), obtenida por el Departamento, y que no tiene ninguna conexión con nuestra compañía. El evaluador independiente debe ser un proveedor que típicamente maneja la afección que se está evaluando.

#### (2) Cobertura del contrato

Estos son casos en que hemos denegado cobertura debido a que creemos que el servicio solicitado no tiene cobertura en virtud de su póliza de seguro. Para casos de cobertura del contrato, el Departamento es el evaluador independiente.

### **Casos de necesidad médica**

En un plazo de 1 día hábil de haber recibido su solicitud debemos:

1. Enviar por correo acuse de recibo de la solicitud al Director del Departamento, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Envíe al Director del Departamento: la petición de evaluación; su póliza; el comprobante de cobertura o un documento similar; todos los expedientes médicos y documentación de apoyo utilizados para tomar nuestra decisión; un resumen de los asuntos aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las porciones pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización. También debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que evaluó y sostuvo la denegación en los niveles tempranos de apelación.
3. En el plazo de 2 días hábiles de recibir nuestra información, el Director del Departamento deberá enviar toda la información presentada a un evaluador independiente.
4. En un plazo de 5 días hábiles de recibir la información, el evaluador independiente debe tomar una decisión y enviarle la decisión al Director del Departamento.
5. Antes de transcurrido 1 día hábil de haber recibido la decisión del evaluador independiente, el Director del Departamento deberá enviarle un aviso de la decisión, a su proveedor y a nosotros.

**La decisión (necesidad médica):**

Si el evaluador independiente decide que debemos prestar el servicio, debemos autorizar el servicio. Si el evaluador independiente está de acuerdo con nuestra decisión de negar el servicio, se termina la apelación. Su única opción adicional es llevar su reclamación al Tribunal Superior.

**Casos de cobertura del contrato**

En un plazo de 1 día hábil de haber recibido su solicitud debemos:

1. Enviar por correo acuse de recibo de la solicitud al Director del Departamento, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviarle al Director de Seguros: la petición de evaluación, su póliza, el comprobante de cobertura o un documento similar, todos los expedientes médicos y documentación de apoyo utilizados para tomar nuestra decisión, un resumen de los asuntos aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión, los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión, y las porciones pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización. En un plazo de 2 días hábiles de haber recibido esta información, el Director del Departamento debe determinar si el servicio o reclamación tiene cobertura, emitir una decisión y enviarnos a nosotros, a usted y al proveedor que brinda el tratamiento un aviso.
3. Remisión al evaluador independiente para casos de cobertura del contrato: El Director del Departamento a veces no puede determinar asuntos de cobertura. Si eso ocurre, el Director del Departamento remitirá su caso a un evaluador independiente.
4. El evaluador independiente tendrá 5 días hábiles para tomar una decisión y enviarla al Director del Departamento.
5. El Director del Departamento tendrá 1 día hábil después de recibir la decisión del evaluador independiente para enviarnos a nosotros, a usted y al proveedor que brinda el tratamiento un aviso.

**La decisión (cobertura de contrato):**

Si usted no está de acuerdo con la decisión final del Director del Departamento sobre un asunto de cobertura del contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”). Si nosotros no estamos de acuerdo con la decisión final del Director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. La

audiencia se debe solicitar antes de transcurridos 30 días de recibir la decisión del Director. La OAH debe programar oportunamente una audiencia completa para apelaciones de decisiones aceleradas de Nivel 3.

**PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS  
NO URGENTES Y RECLAMACIONES DENEGADAS**

**Nivel 1: Reconsideración informal**

**Su solicitud:**

Puede obtener una Reconsideración Informal de su petición de servicio negada si:

- Tiene cobertura con nosotros
- Le negamos su solicitud de un servicio [o reclamación] con cobertura,
- Usted no califica para una apelación acelerada y
- Usted o el proveedor que lo trata pide una Reconsideración Informal en un plazo de 2 años de la fecha en que primero denegamos el servicio solicitado llamando, enviando una carta por correo o enviando su solicitud por fax a:

**Kathy Morrow  
Director, Professional Relations  
5656 West Talavi Blvd  
Glendale, AZ 85306  
602-588-3918  
Fax 602-548-5089**

**La reclamación de un servicio cubierto ya proporcionado pero no pagado:**

Usted no puede obtener Reconsideración Informal de su petición negada por el pago de un servicio con cobertura. En su lugar, puede iniciar el proceso de evaluación pidiendo una Apelación Formal.

**Nuestro acuse de recibo:**

Contamos con 5 días hábiles después de recibir su petición de Reconsideración Informal (“la fecha de recibo”) para enviarle a usted y al proveedor que lo está tratando un aviso de que recibimos su petición.

**Nuestra decisión:**

Contamos con 30 días a partir de la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado. Dentro de los mismos 30 días debemos enviarle y a su proveedor nuestra decisión por escrito. La decisión escrita debe explicar los motivos de nuestra decisión e informarle de los documentos sobre los cuales basamos nuestra decisión.

**Si denegamos su petición:**

Usted tiene 60 días para apelar en el Nivel 2.

**Si aceptamos su petición:**

La decisión autorizará el servicio y la apelación se termina.

**Si remitimos su caso al Nivel 3:**

Podríamos decidir saltarnos el Nivel 1 y el Nivel 2 y remitir su caso directamente a un evaluador independiente en el Nivel 3.

**Nivel 2: Apelación formal**

**Su solicitud:**

Usted puede solicitar una Apelación Formal si: (1) denegamos su solicitud de Nivel 1 o (2) tiene una reclamación sin pagar y no le proporcionamos una evaluación de Nivel 1. Después de que recibamos su denegación de Nivel 1, usted o el proveedor que está brindando el tratamiento deberá enviarnos una petición por escrito en un plazo de 60 días para informarnos de que está apelando en el Nivel 2. Si no le proporcionamos una evaluación de Nivel 1 de su reclamación denegada, usted cuenta con 2 años a partir de nuestro primer aviso de denegación para solicitar una Apelación Formal. Para ayudarnos a tomar una decisión sobre su apelación, usted o su proveedor también debe enviarnos cualquier información (que aún no nos haya enviado) para demostrar por qué debemos autorizar el servicio solicitado o pagar la reclamación. Envíe su petición e información de la apelación a:

**Kathy Morrow**  
**Director, Professional Relations**  
**5656 West Talavi Blvd**  
**Glendale, AZ 85306**  
**602-588-3918**  
**Fax 602-548-5089**

**Nuestro acuse de recibo:**

Contamos con 5 días hábiles después de recibir su petición de Apelación Formal (“la fecha de recibo”) para enviarle a usted y al proveedor que lo está tratando un aviso de que recibimos su petición.

**Nuestra decisión:**

Para un servicio negado que usted aún no recibe, contamos con 30 días después de la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizarle el servicio solicitado. Para reclamaciones denegadas, contamos con 60 días para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y pagar su reclamación. Le enviaremos nuestra decisión por escrito a usted y al proveedor que está proporcionando el tratamiento. La decisión escrita

debe explicar los motivos de nuestra decisión e informarle de los documentos sobre los cuales basamos nuestra decisión.

**Si denegamos su petición o reclamación:**

Usted tiene 30 días para apelar en el Nivel 3.

**Si aceptamos su petición:**

Autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y la apelación termina.

**Si remitimos su caso al Nivel 3:**

Podríamos decidir saltarnos el Nivel 2 y remitir su caso directamente a un evaluador independiente en el Nivel 3.

**Nivel 3: Evaluación independiente, externa**

**Su solicitud:**

Usted puede apelar en el Nivel 3 sólo después de haber apelado en los Niveles 1 y 2. Usted tiene sólo 30 días hábiles después de recibir nuestra decisión de Nivel 2 para enviarnos su petición escrita de Evaluación Independiente Externa. Envíe su petición y cualquier información de apoyo que tenga a:

**Kathy Morrow**  
**Director, Professional Relations**  
**5656 West Talavi Blvd**  
**Glendale, AZ 85306**  
**602-588-3918**  
**Fax 602-548-5089**

Ni usted ni el proveedor que le proporciona el tratamiento es responsable del costo de ninguna evaluación externa independiente.

**El proceso:**

Hay dos tipos de apelaciones de Nivel 3, dependiendo de los asuntos de su caso:

(1) Necesidad médica

Estos son los casos en que hemos decidido no autorizar un servicio debido a que creemos que los servicios que está pidiendo (usted o su proveedor) no son médicamente necesarios para tratar su problema. Para casos de necesidad médica, el evaluador independiente es un proveedor contratado por el Departamento y ajeno a nuestra compañía. Para casos de necesidad médica, el proveedor debe ser un proveedor que típicamente maneja la afección que se evalúa.

## (2) Cobertura del contrato

Estos son casos en que hemos denegado cobertura debido a que creemos que el servicio solicitado no tiene cobertura en virtud de su póliza de seguro. Para casos de cobertura del contrato, el Departamento es el evaluador independiente.

### **Casos de necesidad médica**

En un plazo de 5 días hábiles de haber recibido su solicitud debemos:

1. Enviar por correo acuse de recibo de la solicitud al Director de Seguros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviarle al Director de Seguros: la petición de evaluación; su póliza; el comprobante de cobertura o un documento similar; todos los expedientes médicos y documentación de apoyo utilizados para tomar nuestra decisión; un resumen de los asuntos aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las porciones pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización. También debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que evaluó y sostuvo la denegación en los niveles tempranos de apelación.
3. En el plazo de 5 días de recibir nuestra información, el Director del Departamento deberá enviar toda la información presentada a un evaluador independiente.
4. En un plazo de 21 días de recibir la información el evaluador independiente debe tomar una decisión y enviarle la decisión al Director del Departamento.
5. Antes de transcurridos 5 días hábiles de haber recibido la decisión del evaluador independiente, el Director del Departamento deberá enviarnos un aviso de la decisión a nosotros, a usted y al proveedor que facilita el tratamiento.

### **La decisión (necesidad médica):**

Si el evaluador independiente decide que debemos prestar el servicio o pagar la reclamación, debemos autorizar el servicio o pagar la reclamación. Si el evaluador independiente está de acuerdo con nuestra decisión de negar el servicio o pago, se termina la apelación. Su única opción adicional es llevar su reclamación al Tribunal Superior.

### **Casos de cobertura del contrato**

En un plazo de 5 días hábiles de haber recibido su solicitud debemos:

1. Enviar por correo acuse de recibo de la solicitud al Director del Departamento, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviarle al Director de Seguros: la petición de evaluación; su póliza; el comprobante de cobertura o un documento similar; todos los expedientes médicos y documentación de apoyo utilizados para tomar nuestra decisión; un resumen de los asuntos aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las porciones pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización.
3. En un plazo de 15 días hábiles de haber recibido esta información, el Director del Departamento debe determinar si el servicio o reclamación tiene cobertura, emitir una decisión y enviarnos a nosotros, a usted y al proveedor que brinda el tratamiento un aviso. Si el Director decide que debemos prestar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo.
4. Remisión al evaluador independiente para casos de cobertura del contrato: El Director del Departamento a veces no puede determinar asuntos de cobertura. Si eso ocurre, el Director del Departamento remitirá su caso a un evaluador independiente.
5. El evaluador independiente tendrá 21 días para tomar una decisión y enviarla al Director del Departamento.
6. El Director del Departamento tendrá 5 días hábiles después de recibir la decisión del evaluador independiente para enviarnos a nosotros, a usted y al proveedor que brinda el tratamiento un aviso.

#### **La decisión (cobertura de contrato):**

Si usted no está de acuerdo con la decisión final del Director del Departamento sobre un asunto de cobertura, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”). Si nosotros no estamos de acuerdo con la determinación de asuntos de cobertura del Director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Las audiencias se tienen que solicitar antes de transcurridos 30 días de haber recibido la determinación sobre el asunto de cobertura. La OAH dispone de reglas que gobiernan la conducta de sus procesos de audiencia.

### **Obtención de expedientes médicos**

La ley de Arizona (A.R.S. §12-2293) le permite pedir una copia de su expediente médico. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar quién quiere que reciba el expediente. El proveedor de atención médica que tenga su expediente le proporcionará a usted o a la persona que especifique, una copia de su expediente.

### **Tomador de decisiones nombrado:**

Si usted ya nombró a un tomador de decisiones de atención médica, esa persona debe enviar por escrito una petición de acceso o de copias de su expediente médico. Los expedientes médicos se le deben suministrar a quien toma decisiones de atención médica o a una persona nombrada por escrito por la persona que toma decisiones de atención médica a menos que usted limite el acceso a sus expedientes médicos sólo a usted o a la persona que usted nombró.

### **Confidencialidad:**

Los expedientes médicos divulgados en virtud de A.R.S. §12-2293 permanecen confidenciales. Si participa en el proceso de apelación, las partes pertinentes de su expediente médico podrán ser divulgadas únicamente a las personas autorizadas para participar en el proceso de evaluación de la afección médica en evaluación. Estas personas no pueden divulgar su información médica a nadie.

### **Documentación para una apelación**

Si usted decide presentar una apelación, nos tiene que proporcionar toda documentación o justificación importante para la apelación en el momento de presentar la apelación. Si adquiere nueva información durante el curso de su apelación, nos la debe proporcionar en cuanto la reciba. También nos debe dar la dirección y número de teléfono en donde nos podemos comunicar con usted. Si la apelación ya se encuentra en el Nivel 3, también debe enviarle la información al Departamento.

### **La función del Director de Seguros**

La ley de Arizona (A.R.S. §20-2533(F)) dispone que “cualquier afiliado que presente una queja ante el Departamento que tenga que ver con una decisión adversa deberá seguir el proceso de evaluación prescrito” por ley. Eso significa que, para decisiones apelables, usted debe recurrir al proceso de apelación de atención médica para que el Director del Departamento pueda investigar su queja contra nuestra compañía sobre la base de la decisión en cuestión en la apelación.

El proceso de apelación dispone que el Director debe hacer lo siguiente:

1. Supervisar el proceso de apelaciones.
2. Conservar copias de cada plan de evaluación de utilización presentado por aseguradoras.

3. Recibir, tramitar y actuar sobre las peticiones de aseguradoras solicitando Evaluación Externa Independiente.
4. Hacer cumplir las decisiones de las aseguradoras.
5. Evaluar las decisiones de las aseguradoras.
6. Rendirle cuentas a la Legislatura.
7. Enviar, cuando corresponda, un expediente del proceso de apelación ante el Tribunal Superior o la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).
8. Emitir una decisión administrativa final sobre asuntos de cobertura, incluido el aviso de derecho a solicitar una audiencia en la OAH.

#### **Recibo de documentos**

Todo aviso escrito, acuse de recibo, petición, decisión o cualquier otro documento escrito que se tenga que enviar por correo se considera recibido por la persona a quien se dirige de la manera correcta el documento el quinto día hábil después de haber sido enviado por correo. “Dirige de la manera correcta” significa su última dirección conocida.

Kathy Morrow, Director, Professional Relations  
5656 West Talavi Blvd Glendale, AZ 85306  
602-588-3918 Fax 602-548-5089

### FORMULARIO DE PETICIÓN DE APELACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

*Usted puede usar este formulario para avisarle a su aseguradora que desea apelar una decisión de denegación.*

Nombre del afiliado asegurado \_\_\_\_\_ No. de ID del afiliado \_\_\_\_\_

Nombre del representante que pide la apelación, si no es la misma persona que arriba \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. postal \_\_\_\_\_

Tipo de denegación:  Reclamación denegada  Servicio aún no recibido denegado

Nombre de la aseguradora que denegó la reclamación/servicio: \_\_\_\_\_

Si está apelando la decisión de su aseguradora de denegar un servicio que aún no ha recibido, ¿es probable que una demora de 30 a 60 días en recibir el servicio cause un cambio negativo considerable en su salud?

Si su respuesta es "Sí" es posible que tenga derecho a una apelación acelerada. El proveedor que lo está tratando debe firmar y enviar una certificación y documentación que respalde la necesidad de una apelación acelerada. ¿Cuál decisión está apelando?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Explique por qué cree que la reclamación o servicio debe tener cobertura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Adjunte hojas adicionales si requiere más espacio para su explicación.)*

Si tiene preguntas acerca del proceso de apelación o necesita ayuda para preparar su apelación, puede llamar al teléfono de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros al (602) 364-2499 o 1-(800) 325-2548 o a Delta Dental al 1-(800) 352 6132.

No se olvide de adjuntar todo lo que demuestre por qué piensa que su aseguradora debería cubrir su reclamación o autorizar un servicio, incluido lo siguiente:

Expedientes médicos  Documentación de apoyo (carta de su médico, folletos, notas, recibos, etc.) \*\*Adjunte también el formulario de certificación del proveedor que está proporcionando tratamiento si está pidiendo evaluación acelerada.

Firma del asegurado o su representante autorizado

Fecha

Kathy Morrow, Director, Professional Relations  
5656 West Talavi Blvd Glendale, AZ 85306  
602-588-3918 Fax 602-548-5089

**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN  
PARA EVALUACIONES MÉDICAS ACELERADAS**

*(Usted y su proveedor pueden usar este formulario para solicitar una apelación acelerada.)*

**El paciente a quien se le niegue autorización de un servicio con cobertura tiene derecho a una apelación acelerada si el proveedor que le está dando tratamiento certifica y facilita documentación de apoyo de que el periodo del proceso de apelación normal (aproximadamente 60 días) “probablemente causaría un cambio negativo considerable en el problema médico [del paciente] en cuestión”.**

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

Médico/Proveedor que facilita el tratamiento \_\_\_\_\_  
No. de teléfono \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ No. ID de afiliado \_\_\_\_\_  
No. de teléfono \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA**

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_  
No. de teléfono \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. postal \_\_\_\_\_

¿La apelación es para un servicio que ya recibió el paciente?  Sí  No

Si respondió “Sí”, el paciente de recurrir al proceso de apelación normal y no puede usar el proceso de apelación acelerada.

Si respondió “No”, continúe completando el formulario.

¿Cuál denegación de servicio está apelando el paciente? \_\_\_\_\_

Explique por qué piensa que el paciente requiere el servicio solicitado y por qué el tiempo para el proceso de apelación normal sería dañino para el paciente. \_\_\_\_\_

*Adjunte hojas adicionales si requiere más espacio para su explicación e incluya:  Expedientes médicos  Documentación de apoyo*

Si tiene preguntas acerca del proceso de apelación o necesita ayuda sobre esta certificación, puede llamar a Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros al (602) 364-2499 o 1-(800) 325-2548. También puede llamar a Delta Dental al 1-(800) 352 6132.

Por medio del presente, yo, el proveedor que le suministra tratamiento al paciente, declaro que demorar la atención del paciente por el tiempo requerido para los procesos de reconsideración informal y apelación formal (aproximadamente 60 días) probablemente causaría un cambio negativo considerable en el estado médico del paciente en cuestión.

Firmal del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE APELACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTADO DE ARIZONA**

¿Es esta una Petición de Evaluación Independiente Externa Acelerada?  Sí  No  
Este caso es una denegación sobre la base de:  ausencia de necesidad médica  un asunto de cobertura

**Nombre del afiliado asegurado** \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, C. Postal \_\_\_\_\_  
No. teléfono del asegurado \_\_\_\_\_ No. ID de afiliado \_\_\_\_\_

**Nombre de la aseguradora** \_\_\_\_\_  
No. NAIC de la aseguradora \_\_\_\_\_  
Dirección de la aseguradora (calle) \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, C. Postal \_\_\_\_\_  
No. de teléfono \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_  
Nombre y teléfono de la persona de contacto \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor que está tratando al paciente** \_\_\_\_\_  
Dirección del consultorio \_\_\_\_\_  
Dirección postal si es diferente de la de arriba: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, C. Postal \_\_\_\_\_  
No. teléfono del proveedor \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_  
Especialidad médica del proveedor que está tratando al paciente \_\_\_\_\_  
(Si son varios proveedores, anote los demás al reverso)

**Agente de Evaluación de Utilización** \_\_\_\_\_  
Dirección del agente \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, C. Postal \_\_\_\_\_  
No. teléfono del agente \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_  
Persona de contacto \_\_\_\_\_

Evaluación externa solicitada por:  asegurado  aseguradora  Delta Dental  AZ D O I  
Fecha de solicitud de la Evaluación Externa \_\_\_\_\_ Fecha de la decisión de Nivel 2 \_\_\_\_\_  
La decisión de denegar o no autorizar el servicio o reclamación fue tomada por:  
 Aseguradora  Health Care Services Org.  Agente de Evaluación de Utilización  
Para casos de necesidad médica: Nombre(s) y credenciales del/de los proveedor(es) que emite(n) las decisiones de Nivel 1 y Nivel 2:

---

Con este formulario, transmita todos los artículos que se nombran a continuación. **Para casos de necesidad médica, envíe 2 copias** de todos los artículos.

1. Copia de la póliza, certificado, comprobante de cobertura o documento similar del asegurado
2. Todos los expedientes médicos
3. Documentación de apoyo utilizada para tomar la decisión
4. Descripción resumida de los asuntos aplicables
5. Una declaración de la decisión de la aseguradora o el agente de evaluación de utilización
6. Los criterios utilizados por el agente de evaluación de la utilización o la aseguradora y las razones clínicas de la decisión
7. Las partes pertinentes del plan de evaluación del agente de evaluación de utilización
8. La carta o formulario de apelación del asegurado o el proveedor solicitando la apelación y toda la correspondencia pertinente entre el afiliado y la aseguradora.