

**LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE
PAQUETE Y GUÁRDELA PARA FUTURAS CONSULTAS.
CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE CÓMO APELAR LAS DECISIONES
QUE AMBETTER DE ARIZONA COMPLETE HEALTH (AzCH) HA TOMADO SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA**

Proceso de apelaciones de AzCH Health Care

Ayuda para presentar una apelación de atención médica

Le enviaremos una copia de este paquete informativo cuando reciba su póliza por primera vez y en un plazo de cinco días laborables tras haber recibido su solicitud inicial de apelación. Al renovar su cobertura de seguro, le enviaremos asimismo una declaración por separado para recordarle que puede solicitar otra copia de este paquete. También le enviaremos una copia de este paquete a usted o a su proveedor médico de tratamiento en cualquier momento si lo solicita llamando a nuestro Departamento del Servicio para afiliados al (888) 926-5057 (TTY 711).

En la sección "Recursos para afiliados" de nuestro sitio web encontrará los formularios que puede utilizar para su apelación. Ambetter de AzCH creó estos formularios para ayudar a las personas que desean presentar una apelación de atención médica. Usted no está obligado/a a utilizarlos. No podemos rechazar su apelación si decide no utilizarlos. Si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene preguntas sobre el proceso de apelación, llame al Departamento de servicio para afiliados al (888) 926-5057 (TTY 711).

Cómo saber cuándo puede apelar

Cuando Ambetter de AzCH no autorice o no apruebe un servicio o no pague por un reclamo, le notificaremos su derecho de apelar dicha decisión. Su notificación podría llegarnos directamente a nosotros, mediante un proveedor médico de tratamiento o a través de uno de nuestros socios externos.

Decisiones que puede apelar

Puede apelar las siguientes decisiones de Ambetter de AzCH:

1. Si no aprobamos un servicio que usted o su proveedor médico de tratamiento hayan solicitado.
2. Si no pagamos por un servicio cubierto que ya haya recibido.
3. Si denegamos la autorización o pago de un servicio como **no** "medicamente necesario".
4. Si no autorizamos un servicio o no pagamos por un reclamo por no estar cubierto por su póliza, pero usted considera que sí lo está.
5. Si no le informamos, en un plazo de 10 días laborables tras recibir su solicitud, sobre si autorizaremos o no un servicio solicitado.
6. Si no autorizamos una remisión a un especialista.

Decisiones que no puede apelar

No podrá apelar las siguientes decisiones:

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión en cuanto a la cantidad de "gastos usuales y razonables".
- Si no está de acuerdo con la forma en que estamos coordinando sus beneficios si tiene otro seguro de salud.

- Si no está de acuerdo con la forma en que hayamos aplicado sus reclamos o servicios a los deducibles de su plan.
- Si no está de acuerdo con la cantidad de coaseguro o copagos que haya pagado.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de emitir o no emitir una póliza para usted.
- Si no está satisfecho/a con un posible incremento de tarifas en su póliza de seguros.
- Si considera que hemos violado cualquier otra sección del Código de Seguros de Arizona.

Si no está de acuerdo con una decisión no apelable de conformidad con esta lista, puede presentar una queja al Arizona Department of Insurance and Financial Institutions (Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona, ADIFI por su siglas en inglés), escribiendo a: Arizona Department of Insurance, 100 North 15th Avenue Suite 102 Phoenix, AZ 85007-2630 o llamando al (602) 364-3100.

¿Quién puede presentar una apelación de atención médica?

Tanto usted como una persona que usted designe (incluido un abogado) o su proveedor médico de tratamiento actuando en su nombre pueden presentar una apelación. En la sección "Recursos para afiliados" de nuestro sitio web encontrará los formularios que puede utilizar para su apelación. Ambetter de AzCH creó estos formularios para ayudar a las personas que desean presentar una apelación de atención médica. Usted no está obligado/a a utilizarlos. No podemos rechazar su apelación si decide no utilizarlos. Si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene preguntas sobre el proceso de apelación, llame al Servicio para afiliados al (888) 926-5057 (TTY 711).

Si decide apelar nuestra decisión de denegar la autorización de un servicio, debe informar a su proveedor médico de tratamiento, quien le ayudará con la información necesaria para presentar su caso.

Descripción del proceso de apelación de atención médica

Existen dos tipos de apelación: una apelación acelerada para asuntos urgentes y una apelación estándar. Cada tipo de apelación tiene tres niveles. Las apelaciones funcionan de una manera similar, con la excepción de que las apelaciones aceleradas se procesan mucho más rápido debido a su afección.

Apelaciones aceleradas (servicios que se necesitan con urgencia, no recibidos todavía)		Apelaciones estándar (servicios no urgentes o reclamos denegados)	
Nivel 1	Evaluación médica acelerada	Nivel 1	Reconsideración informal *
Nivel 2	Apelación acelerada (opcional)	Nivel 2	Apelación formal (opcional para apelaciones previas al servicio)
Nivel 3	Evaluación médica externa independiente acelerada	Nivel 3	Evaluación médica independiente externa

Nosotros tomamos las decisiones de nivel 1 y nivel 2. Un evaluador externo, completamente independiente de Ambetter de AzCH, toma las decisiones de nivel 3. Usted no es responsable de pagar los costos de una evaluación externa si decide apelar al nivel 3.

**Los procesos de apelación de nivel 1 están disponibles SOLO para denegaciones previas al servicio. Ambetter de AzCH no facilita ninguna reconsideración informal de un reclamo denegado. Las apelaciones para el pago de reclamos posteriores al servicio empiezan en el nivel de apelación formal (nivel 2). Las apelaciones de nivel 2 son OPCIONALES para las apelaciones previas al servicio. Puede saltarse el nivel 2 y pedir una revisión independiente externa de nivel 3 después de recibir su decisión de nivel 1.*

**PROCESO DE APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ACELERADA
PARA SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA Y AÚN NO SE HAN PRESTADO**

Nivel 1. Evaluación médica acelerada

Su solicitud: puede solicitar una Evaluación médica acelerada por la denegación de un servicio no prestado todavía si:

- tiene cobertura con Ambetter de AzCH;
- Ambetter de AzCH rechazó su solicitud de un servicio cubierto, Y
- su proveedor médico de tratamiento certifica por escrito y proporciona documentación de apoyo que avale que el proceso de reconsideración informal de nivel 1 y de apelación formal (aproximadamente 60 días) puede tener un impacto negativo significativo en su afección médica.

Disponible en nuestro sitio web en la sección "Recursos para afiliados"; la sección "Recursos para proveedores médicos" es un formulario que puede utilizar su proveedor médico para este fin. Su proveedor médico también puede enviar una carta o formulario con información similar. Su proveedor médico de tratamiento debe enviar la certificación y la documentación a:

<p>Contacto de médico: Utilization Management Level I Project Coordinator</p>	<p>Contacto de farmacia: Pharmacy Triage Coordinator</p>
<p>Dirección de médico: 1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211 Tempe, AZ 85281</p>	<p>Dirección de farmacia: 333 E. Wetmore Road Tucson, AZ 85705</p>
<p>Correo electrónico de médico: AzCHPeerToPeer@azcompletehealth.com</p>	<p>Correo electrónico de farmacia: AzCH.PharmacyLevel1Appeal@azcompletehealth.com</p>
<p>Fax de médico: (833) 214-5522</p>	<p>Fax de farmacia: (866) 256-6046</p>
<p>Número gratuito: Centro de Atención al Cliente (888) 926-5057 ext. 84657 TTY/TDD (888) 926-5180</p>	<p>Número gratuito: Centro de Atención al Cliente (888) 926-5057 ext. 6031278 TTY/TDD (888) 926-5180</p>

Si la solicitud de apelación acelerada no incluye la certificación del proveedor médico de tratamiento, Ambetter de AzCH revisará la apelación en virtud del proceso estándar de nivel 1.

Nuestra decisión: Ambetter de AzCH dispone de un día laborable luego de recibir la información del proveedor médico de tratamiento para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado. La decisión que recibe incluye el nombre, el cargo, el departamento, la dirección, el número de teléfono y el número de fax del representante de Ambetter de AzCH que emite la decisión.

Dentro de ese mismo día laborable, los llamaremos a usted y a su proveedor médico de tratamiento para informarles sobre nuestra decisión. También le enviaremos por correo una decisión por escrito. En dicho escrito se explican las razones de nuestra decisión y se le indican los documentos en los que la hemos basado.

- **Si denegamos su solicitud,** puede apelar inmediatamente al nivel 2 o al nivel 3.
- **Si aceptamos su solicitud,** autorizamos el servicio y la apelación termina.
- Tenemos la opción de decidir omitir los niveles 1 y 2 y **remitir** su caso directamente a un evaluador independiente de nivel 3.

Nivel 2. Apelación acelerada (opcional)

Su solicitud: si denegamos su solicitud al nivel 1, puede solicitar una apelación acelerada de nivel 2. Una vez que haya recibido nuestra denegación al nivel 1, su proveedor médico de tratamiento **debe enviarnos inmediatamente** una solicitud por escrito (a la misma persona y dirección indicadas anteriormente) para informarnos de su decisión de apelar al nivel 2. Para respaldar su apelación, su proveedor médico debe también enviarnos cualquier otra información (que no haya enviado ya) que demuestre por qué necesita el servicio solicitado.

Nuestra decisión: disponemos de tres días laborables tras haber recibido la solicitud para tomar una decisión.

- **Si denegamos su solicitud,** puede apelar inmediatamente al nivel 3.
- **Si aceptamos su solicitud,** autorizamos el servicio y la apelación termina.
- Tenemos la opción de decidir omitir los niveles 1 y 2 y **remitir** su caso directamente a un evaluador independiente de nivel 3.

Nivel 3. Evaluación independiente externa acelerada

Su solicitud: puede apelar al nivel 3 solo después de haber apelado al nivel 1. Tiene cinco días laborables después de recibir nuestra decisión de nivel 1 o de nivel 2 para enviarnos su solicitud por escrito para obtener una evaluación independiente externa acelerada. Envíe su solicitud y cualquier información complementaria adicional a:

Contacto:	Ambetter from Arizona Complete Health Appeals y Grievance Triage Coordinator
Correo electrónico:	AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com
Número gratuito:	Centro de Atención al Cliente (888) 926-5057 TTY/TDD (888) 926-5180
Fax:	(877) 615-7734

Ni usted ni su proveedor médico de tratamiento son responsables del costo de cualquier evaluación externa independiente.

El proceso: existen dos tipos de apelaciones de nivel 3, en función de los problemas que tenga: 1) Necesidad médica y 2) Cobertura del contrato.

Necesidad médica

Estos son los casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque creemos que los servicios que usted (o su proveedor médico de tratamiento) está solicitando no son médicamente necesarios para tratar su problema. Para los casos de necesidad médica, el evaluador independiente es un proveedor médico contratado por un organismo externo de revisión independiente ("ORI"), proporcionado por el Departamento de Seguros de Arizona y no relacionado con nuestra empresa. El proveedor médico ORI debe ser un proveedor médico que se ocupe normalmente del tipo de afección médica que se evalúa.

Cobertura del contrato

Estos son los casos en los que hemos negado cobertura ya que se trata de un beneficio no cubierto por su póliza de seguro. Para los casos de cobertura del contrato, el Departamento de Seguros de Arizona es el evaluador independiente.

Casos de necesidad médica

En el plazo de un día laborable tras la recepción de su solicitud, Ambetter de AzCH les enviará un acuse de recibo por escrito a usted, al director del ADIFI y a su proveedor médico de tratamiento. Se incluyen los siguientes documentos en la correspondencia al director del ADIFI:

- una copia de su solicitud de una evaluación de nivel 3;
- una copia de su póliza;
- prueba de cobertura o documento similar;
- todos los historiales médicos y la documentación de apoyo utilizados para tomar la decisión;
- un resumen de los asuntos correspondientes, incluida una declaración de nuestra decisión;
- los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las partes pertinentes de los lineamientos para la evaluación de la utilización; y
- el nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que evaluó y confirmó la denegación de la apelación en los niveles anteriores.

En un plazo de dos días laborables después de haber recibido nuestra información, el director de seguros le enviará toda la información presentada a un organismo externo de revisión independiente ("ORI").

En un plazo de 72 horas después de recibir el paquete de información, el ORI tomará una decisión y enviará la decisión al director del ADIFI.

En un plazo de un día laborable después de recibir la decisión del ORI, el director de seguros les enviará por correo postal una notificación de la decisión a usted, a su proveedor médico de tratamiento y a Ambetter de AzCH.

La decisión (necesidad médica):

Si el ORI decide que debemos prestar el servicio, Ambetter de AzCH autorizará el servicio. Si el ORI está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio, la apelación termina. La única opción adicional para usted sería llevar su reclamo al Tribunal Superior.

Casos de cobertura del contrato

En un plazo de un día laborable después de recibir su solicitud, Ambetter de AzCH:

1. Enviará por correo un acuse de recibo escrito de la solicitud al ADIFI, a usted y a su proveedor médico de tratamiento.
2. Enviará al director del ADIFI lo siguiente:
 - una copia de su solicitud de una evaluación de nivel 3;
 - una copia de su póliza;
 - prueba de cobertura o documento similar;
 - todos los historiales médicos y la documentación de apoyo utilizados para tomar la decisión;
 - un resumen de los asuntos correspondientes, incluida una declaración de nuestra decisión;
 - los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las partes pertinentes de los lineamientos para la evaluación de la utilización; y
 - el nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que evaluó y confirmó la denegación de la apelación en los niveles anteriores.

Decisiones del ORI en casos de cobertura del contrato: el director del ADIFI tomará la decisión sobre la cobertura, emitirá una decisión y enviará una notificación por escrito a Ambetter de AzCH, a usted y a su proveedor médico de tratamiento en un plazo de dos días laborables.

Si el director determinara que Ambetter de AzCH es responsable, autorizaremos el servicio o pagaremos el reclamo.

En aquellos casos en los que el director de seguros fuera incapaz de determinar cuestiones de la cobertura, el ORI realizará una evaluación en 72 horas. El director de seguros tiene un plazo de un día laborable tras recibir la decisión del ORI para enviarles la decisión a usted, a su proveedor médico de tratamiento y a Ambetter de AzCH.

Si usted, su proveedor médico de tratamiento o Ambetter de AzCH no estuvieran de acuerdo con la decisión final del director del ADIFI sobre un asunto de cobertura del contrato, se presentará una solicitud de audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”) en un plazo de 30 días luego de recibir la decisión del director. La OAH programará una cita y realizará una audiencia para la apelación de decisiones aceleradas de nivel 3.

Proceso de apelación estándar

Para servicios no urgentes y reclamos denegados

Nivel 1. Reconsideración informal (SOLO antes del servicio)

Su solicitud: usted o su proveedor médico de tratamiento tienen dos años desde la denegación inicial para

solicitar una reconsideración informal de nivel 1 de su solicitud denegada de un servicio si:

- Tiene cobertura con Ambetter de AzCH
- Denegamos su solicitud de un servicio cubierto
- No cumple los requisitos para una apelación acelerada

Contacto de médico: Utilization Management Level I Project Coordinator	Contacto de farmacia: Pharmacy Triage Coordinator
Dirección de médico: 1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211 Tempe, AZ 85281	Dirección de farmacia: 333 E. Wetmore Road Tucson, AZ 85705
Correo electrónico de médico: AzCHPeerToPeer@azcompletehealth.com	Correo electrónico de farmacia: AzCH.PharmacyLevel1Appeal@azcompletehealth.com
Fax de médico: (833) 214-5522	Fax de farmacia: (866) 256-6046
Número gratuito:	Número gratuito:
Centro de Atención al Cliente (888) 926-5057 ext. 84657 TTY/TDD (888) 926-5180	Centro de Atención al Cliente (888) 926-5057 ext. 6031278 TTY/TDD (888) 926-5180

Reclamo por un servicio cubierto ya prestado pero no pagado: usted no puede solicitar una reconsideración informal de nivel 1 de su solicitud denegada del pago de un servicio cubierto. En su lugar, puede iniciar el proceso de evaluación a través de una apelación formal de nivel 2.

Tenemos cinco días laborables después de haber recibido su solicitud de revisión de reconsideración informal de nivel 1 ("la fecha de recepción") para enviarles a usted y a su proveedor médico de tratamiento un acuse de recibo.

Nuestra decisión: tenemos 30 días desde la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado. En ese mismo plazo de 30 días, les enviaremos a usted y a su proveedor médico de tratamiento nuestra decisión por escrito. En dicho escrito se explican las razones de nuestra decisión y se les informa sobre los documentos en los que la hemos basado.

- Si **denegamos** su solicitud, tiene 60 días para apelar al nivel 2 o 3.
- Si **aceptamos** su solicitud, la decisión autorizará el servicio y la apelación termina.
- Tenemos la opción de decidir omitir los niveles 1 y 2 y **remitir** su caso directamente a un evaluador independiente de nivel 3.

La decisión que recibe incluye el nombre, el cargo, el departamento, la dirección, el número de teléfono y el número de fax del representante de Ambetter de AzCH que emite la decisión.

Apelación formal de nivel 2 (OPCIONAL para ANTES DEL SERVICIO)

Su solicitud: puede solicitar una apelación formal de nivel 2:

- si denegamos su reconsideración informal de nivel 1 (previa al servicio) o
- si desea disputar un reclamo no pagado (denegado) (la reconsideración informal de nivel 1 no es una opción para cuestiones relativas a reclamos no pagados)

Para apelaciones previas al servicio, usted, su persona designada o su proveedor médico de tratamiento tienen 60 días después de recibir nuestra denegación de nivel 1 para enviarnos una solicitud por escrito para apelar al nivel 2 o 3.

Tiene dos años a partir de nuestra notificación inicial de denegación o pagos de reclamos para solicitarnos por escrito una apelación formal de nivel 2.

Para ayudarnos a tomar una decisión acerca de su apelación, usted o su proveedor médico de tratamiento deben también enviar cualquier otra información (que no nos hayan enviado ya) que demuestre por qué debemos autorizar el servicio solicitado o pagar el reclamo. Envíe su solicitud de apelación y la información a:

Contacto:	Ambetter from Arizona Complete Health Appeals y Grievance Triage Coordinator
Dirección:	Ambetter from Arizona Complete Health Attention: Ambetter Appeals & Grievance PO Box 277610 Sacramento, CA 95827
Correo electrónico:	AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com
Fax:	(877) 615-7734
Número gratuito:	Centro de Atención al Cliente (888) 926-5057 TTY/TDD (888) 926-5180

Acuse de recibo: les enviaremos una notificación a usted y a su proveedor médico de tratamiento en la que confirmaremos que hemos recibido su solicitud en un plazo de cinco días laborables tras recibir su solicitud de apelación formal (la "fecha de recepción").

Nuestra decisión: para un servicio denegado que no haya recibido todavía, decidiremos si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar los servicios solicitados en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción.

Para los reclamos denegados, decidiremos si debemos cambiar nuestra decisión y pagar su reclamo en un plazo de 60 días después de recibir su solicitud de apelación formal.

Les enviaremos a usted y a su proveedor médico de tratamiento nuestra decisión de apelación de nivel 2 por escrito. En dicho escrito se explican las razones de nuestra decisión y se le indican los documentos en los que la hemos basado.

- **Si denegamos su solicitud o reclamo**, tiene cuatro meses para apelar al nivel 3.
- **Si aceptamos su solicitud**, autorizaremos el servicio o pagaremos el reclamo y la apelación termina.
- Tenemos la opción de decidir omitir los niveles 1 y 2 y **remitir** su caso directamente a un evaluador independiente de nivel 3.

Nivel 3. Evaluación independiente externa

Su solicitud: usted puede solicitar una evaluación de nivel 3 solo después de haber apelado al nivel 1. Tiene cuatro meses tras haber recibido la decisión de nivel 1 o nivel 2 para enviarnos por escrito su solicitud de una evaluación independiente externa. Envíe su solicitud y cualquier información complementaria adicional a:

Contacto	Ambetter from Arizona Complete Health Appeals y Grievance Triage Coordinator
Dirección:	Ambetter from Arizona Complete Health Attention: Ambetter Appeals & Grievance PO Box 277610 Sacramento, CA 95827
Correo electrónico:	AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com
Fax:	(877) 615-7734

Ni usted ni su proveedor médico de tratamiento son responsables del costo de cualquier evaluación externa independiente.

El proceso: existen dos tipos de apelaciones de nivel 3, en función de los problemas que tenga:

Casos de necesidad médica

En el plazo de cinco días laborables tras la recepción de su solicitud, Ambetter de AzCH les enviará un acuse de recibo por escrito a usted, al director del ADIFI y a su proveedor médico de tratamiento. Se incluyen los siguientes documentos en la correspondencia al director del ADIFI:

- una copia de su solicitud de una evaluación de nivel 3;
- una copia de su póliza, prueba de cobertura o documento similar;
- todos los historiales médicos y la documentación de apoyo utilizados para tomar la decisión;
- un resumen de los asuntos correspondientes, incluida una declaración de nuestra decisión;
- los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las partes pertinentes de los lineamientos para la evaluación de la utilización; y
- el nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que evaluó y confirmó la denegación de la apelación en los niveles anteriores.

En un plazo de cinco días laborables después de haber recibido nuestra información, el director de seguros enviará toda la información presentada a un organismo externo de revisión independiente ("ORI").

En un plazo de 21 días después de recibir el paquete de información, el ORI tomará una decisión y la enviará al director del ADIFI. El director puede extender el período de evaluación 31 días más si hay una justificación adecuada.

En un plazo de cinco días laborables después de recibir la decisión del ORI, el director de seguros les enviará por correo postal una notificación de la decisión a usted, a su proveedor médico de tratamiento y a Ambetter de AzCH.

Si el ORI decide que debemos prestar el servicio, Ambetter de AzCH autorizará el servicio. Si el ORI está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio, la apelación termina. La única opción adicional para usted sería llevar su reclamo al Tribunal Superior.

Casos de cobertura del contrato

En un plazo de cinco días laborables después de recibir su solicitud, Ambetter de AzCH:

1. Enviará por correo un acuse de recibo escrito de la solicitud al ADIFI, a usted y a su proveedor médico de tratamiento.
2. Enviará al director del ADIFI lo siguiente:
 - una copia de su solicitud de una evaluación de nivel 3;
 - una copia de su póliza;
 - prueba de cobertura o documento similar;
 - todos los historiales médicos y la documentación de apoyo utilizados para tomar la decisión;
 - un resumen de los asuntos correspondientes, incluida una declaración de nuestra decisión;
 - los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra decisión; y las partes pertinentes de los lineamientos para la evaluación de la utilización; y
 - el nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que evaluó y confirmó la denegación de la apelación en los niveles anteriores.

El director del ADIFI tomará una resolución sobre la cobertura, emitirá una decisión y enviará una notificación por escrito a Ambetter de AzCH, a usted y a su proveedor médico de tratamiento en un plazo de 15 días laborables.

En aquellos casos en los que el director de seguros fuera incapaz de determinar cuestiones de la cobertura, el ADIFI remitirá el caso al ORI para realizar una evaluación en un plazo de 21 días tras la recepción. El director de seguros tiene un plazo de cinco días laborables tras recibir la decisión del ORI para enviarles la decisión a usted, a su proveedor médico de tratamiento y a Ambetter de AzCH.

Si usted, su proveedor médico de tratamiento o Ambetter de AzCH no estuvieran de acuerdo con la decisión final del director del ADIFI sobre un asunto de cobertura del contrato, se puede presentar una solicitud de audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas ("OAH") en un plazo de 30 días luego de recibir la decisión del director. La OAH programará una cita y realizará una audiencia para la apelación de decisiones de nivel 3.

Confidencialidad

Los historiales médicos divulgados en virtud de la A.R.S. §12-2293 conservan su confidencialidad. Si participa en el proceso de apelación, las partes relevantes de su historial médico serán accesibles solo a las personas autorizadas a participar en el proceso de evaluación de la afección médica que se examina. Estas personas no tienen la autorización de Ambetter de AzCH para divulgar su información médica a ninguna otra persona.

Acceso a su historial médico

La ley de Arizona (A.R.S. §12-2293) le permite solicitar una copia de su historial médico. Su solicitud debe ser presentada por escrito y debe especificar quién desea que reciba su historial médico. Si tiene designado un responsable para la toma de decisiones relacionadas con la atención médica, dicha persona debe enviar por escrito una solicitud de acceso a su historial médico o a las copias de este. La persona que designe por escrito tendrá acceso a su historial médico, salvo que usted restrinja el acceso a usted mismo o a quien toma sus decisiones de atención médica.

Documentación para una apelación de atención médica

Si decide presentar una apelación, debe aportar alguna justificación material o documentación para la apelación en el momento de presentarla. Si recopila nueva información durante el curso de su apelación, debe ponerla a nuestra disposición tan pronto como la reciba. También debe indicarnos la dirección y el número de teléfono donde podamos contactar con usted en relación con su apelación. Si su apelación llegara al nivel 3, el ADIFI recibirá su información.

Presentación de quejas ante el ADIFI

La legislación de Arizona (ARS §20-2533(F)) le obliga a agotar el proceso de apelación antes de presentar una queja ante el ADIFI, si su queja concierne a una cuestión apelable. Debe emprender el proceso de apelaciones de atención médica antes de que el ADIFI pueda investigar su queja. El proceso de apelación requiere que el director del ADIFI:

- Supervise el proceso de apelación.
- Conserve copias de cada plan de evaluación de la utilización presentado por Ambetter de AzCH.
- Reciba, procese y actúe en relación con las solicitudes de Ambetter de AzCH de una evaluación independiente externa.
- Haga cumplir las decisiones de Ambetter de AzCH.
- Revise las decisiones de Ambetter de AzCH.
- Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación al Tribunal Superior o a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).
- Emita una decisión administrativa final en cuestiones de cobertura, incluida la notificación del derecho a solicitar una audiencia en la OAH.

Recepción de documentos

Todo acuse de recibo por escrito, solicitud, decisión u otro documento escrito que sea necesario enviar por correo se considerará recibido por la persona a la que va correctamente dirigido en el quinto (5.º) día laborable después de haberse enviado a la última dirección conocida. "Correctamente dirigido" se refiere a su última dirección conocida.