

Estimado miembro:

Gracias por solicitar información sobre el proceso de apelación para la determinación adversa de beneficios de Optima Health. Por favor, revise los materiales entregados al miembro para una descripción detallada de los procedimientos de apelación del plan. Anexo encontrará la siguiente información para guiarlo si decide presentar una apelación.

- Formulario de solicitud de apelación
- Formulario de autorización de designación (para designar a alguien como un médico o familiar que actúe en su nombre para presentar una apelación)
- Autorización para el uso o divulgación de información médica (también referido como Divulgación de Información. Se necesita para que el Plan lo asista en la obtención de información médica pertinente de los practicantes o prestadores).

Para iniciar el Proceso de Apelación, por favor presente su solicitud por escrito al:

**Optima Health
APPEALS DEPARTMENT
Apartado postal 62876
Virginia Beach, VA 23466-2876**

O

Fax: 757-687-6232

Fax con llamada gratuita: 1-866-472-3920

Usted o sus representantes autorizados tienen derecho a presentar comentarios, documentos, registros escritos o cualquier otra información pertinente a su caso. Si tiene dificultad para obtener esta información, por favor contacte al Departamento de Apelaciones (Appeals Department) para solicitar asistencia.

La información que puede ser relevante incluye:

- **El Formulario de Solicitud de Apelación que describe los servicios o procesos solicitados y una explicación de la razón por la cual considera que la decisión del Plan fue incorrecta;**
- **Notas de los médicos que ha visto en relación con los servicios o procedimientos en cuestión;**
- **Registros médicos de hospitales y otros prestadores de atención médica;**
- **Informes del médico;**
- **Notas de la terapia física, ocupacional y de rehabilitación;**
- **Copias de las facturas que ha recibido;**
- **Cualquier información adicional que quisiera que el Plan considere al revisar su apelación.**

Una vez que el Plan reciba su solicitud por escrito, usted tendrá diez (10) días para presentar cualquier otra información médica. Puede que no se considere cualquier documentación recibida después del décimo día durante la revisión de su apelación.

Nuestra primera preocupación es su continua satisfacción con el Plan. Si tiene alguna pregunta sobre su apelación, por favor contacte al Departamento de Apelaciones al 757-687-6404

INSTRUCCIONES DE APELACIONES

Luego de recibir el Formulario de Apelación y cualquier información adicional presentada, su solicitud será revisada por una o varias personas que no estén involucradas en la denegación inicial. En la revisión de la apelación se tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y cualquier otra información presentada por usted o en su nombre relacionada con el reclamo, sin considerar si su información fue presentada o considerada en la determinación inicial.

Una vez que el Plan reciba su solicitud inicial por escrito, tendrá diez (10) días para presentar cualquier otra información. Puede que no se considere cualquier documentación recibida después del décimo día durante la revisión de su apelación. La información nueva puede ser presentada:

Por correo: Optima Health Appeals Department
Apartado postal 62876
Virginia Beach, VA 23466-2876
Fax: 757-687-6232
1-866-472-3920

En persona: Optima Health
4417 Corporation Lane
Virginia Beach, VA 23462

Su solicitud será revisada y se tomará una decisión dentro de los 30 días calendario para reclamaciones previas al servicio y 60 días para las reclamaciones posteriores al servicio. Para información más detallada, por favor revise la sección de Procesos de Apelación contenida en los materiales entregados al miembro.

Apelaciones expeditas: usted o su médico pueden solicitar una apelación expedita si el procedimiento de apelaciones normal usado por el Plan para tomar una decisión (1) arriesgaría la vida o salud del Miembro o la capacidad del Miembro de recuperar su función máxima; o (2) en la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica del Miembro, sometería al mismo a un dolor grave que no puede ser tratado adecuadamente sin la atención o el tratamiento sujeto a la reclamación. Si cree que necesita una apelación expedita, por favor contacte al Departamento de Apelaciones al 757-687-6404. Si su solicitud no califica como una apelación expedita, se aplicará el proceso estándar de apelación.

También podrá calificar para apelaciones externas si cumple con lo siguiente:

1. Debe haber agotado el proceso de apelaciones interno de Optima Health. Se considera que el proceso se ha agotado en las siguientes situaciones:
 - Todas las apelaciones internas disponibles se han agotado.
 - El miembro presentó una apelación y no ha recibido una respuesta del Plan sobre su determinación (a menos que se haya acordado una extensión) en 30 días desde la fecha de presentación del pre-servicio de apelación, o 60 días desde la fecha de presentación del post-servicio de apelación.
 - Se ha presentado una solicitud para una apelación expedita interna de determinación adversa al Plan. Se puede solicitar una Revisión Externa expedita simultánea.
 - Optima Health aceptó prescindir del requerimiento de agotamiento.
2. La determinación adversa para una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua u otros servicios de atención médica que sea un beneficio cubierto ha sido revisada por la aseguradora o su entidad de revisión designada y se ha determinado que no cumple con los requerimientos de necesidad médica, adecuación, establecimiento de atención médica, nivel de atención o efectividad, o se ha determinado que es experimental o de investigación, y el servicio requerido o pago por el servicio sea, por ende, denegado, reducido o terminado.

La Oficina del Seguro debe recibir una Revisión Externa completa dentro de los 120 días después de la fecha que recibió la notificación de su derecho a una Revisión Externa.

FUENTES DE INFORMACIÓN ADICIONALES

Si no ha podido contactar al Plan o sentirse satisfecho, puede contactar el Departamento de Salud de Virginia, al Centro para Servicios de Atención Médica de Calidad y Protección al Consumidor (Virginia Department of Health, Center for Quality Health Care Services and Consumer Protection) al 1-800-955-1819

También puede contactar al Departamento del Trabajo de Estados Unidos y la Administración de Beneficios de Bienestar (U.S. Department of Labor, Pension and Welfare Benefits Administration) al 1-866-444-3272 o visite el sitio web www.dol.gov.

El Defensor de Atención Administrada está disponible para ayudar a los Consumidores de Virginia que tienen problemas o preguntas sobre la atención administrada. El Defensor de Atención Administrada puede ayudar a los Miembros a entender y ejercer sus derechos de apelación de decisiones adversas.

Escribir a: Office of the Managed Care Ombudsman

Bureau of Insurance

Apartado postal 1157

Richmond, VA 23218

Teléfono: Número gratuito 1-877-310-6560

Richmond Metropolitan Area: 1-804-371-9032

Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov

Optima Health
DEPARTAMENTO DE APELACIONES
Apartado postal 62876
Virginia Beach, VA 23466-2876

Un miembro tiene el derecho de designar un representante autorizado como un prestador o familiar que actúe en su nombre para presentar una apelación de Determinación Adversa de Beneficios. Esta autorización puede ser otorgada para un evento o fecha de servicio específica después de la cual se revoca la autorización, o se otorga para cualquier reclamación presente o futura para beneficios de atención médica. La explicación de las declaraciones sobre Beneficios no será dirigida a un representante autorizado, sino que continuarán enviándose al Miembro. Para designar a un representante autorizado, por favor complete este formulario y entréguelo al Departamento de Apelaciones de Optima Health

**Formulario de autorización de designación de Optima Health
Departamento de apelaciones**

Nombre del Miembro: _____

N.º de identificación del Miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Plan de salud:

- Optima Health Plan (OHP)
- Organización de Mantenimiento de la Salud de Optima Medicare (Health Maintenance Organization, HMO)
- Optima Family Care/ Acceso de la Familia al Seguro Médico (Family Access to Medical Insurance Security, FAMIS)
- Optima Health Insurance Co. (OHIC)

Por la presente designo a: _____

Nombre	Relación

Dirección	

Ciudad, estado, código postal	

para que actúe en mi nombre en el seguimiento de una reclamación por beneficios o una apelación de una determinación adversa de beneficios.

- Esta autorización es válida por _____ días (la autorización es válida por 180 días salvo que se indique de otro modo).
- La autorización es válida hasta que yo la revoque.

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Asimismo, en el cumplimiento del propósito descrito anteriormente, entiendo que mi representante autorizado o mi persona pueden recibir una copia de la divulgación. Acepto que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original, y que esta autorización será válida por un período de 180 días, a menos que se indique de otro modo.

(Fecha, evento, o condición de expiración)

Firmado _____ Fecha _____

Autorización para la divulgación de información de salud protegida

Por el presente autorizo a:

Divulgar a:

 (Persona específica/clase de personas/organización)

 (Persona específica/clase de personas/organización)

 Dirección

 Dirección

 Ciudad, estado, código postal N.º de teléfono

 Ciudad, estado, código postal N.º de teléfono

Información contenida en el archivo del miembro:

 Nombre del miembro

 Fecha de nacimiento

 N.º identificación del miembro

 Fecha(s) del Servicio

Para el propósito específico de: (Si no desea declarar un propósito, por favor declare lo siguiente "A solicitud del individuo".)

Solicitada (marque los que apliquen):

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reclamación(es) Información (Perfil del miembro) | <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Estudios de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Lista de alergias |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Registro de inmunización | <input type="checkbox"/> Registro médico completo |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico más recientes | <input type="checkbox"/> Laboratorio o información de rayos X | <input type="checkbox"/> Resumen más reciente del alta |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Informes de Consulta | <input type="checkbox"/> Progreso / Registro clínico |
| <input type="checkbox"/> Información psiquiátrica y psicológica | <input type="checkbox"/> Notas de oficina | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Entiendo que, al firmar este formulario, doy permiso de divulgar la información específica designada con anterioridad al destinatario designado y acepto exonerar de toda responsabilidad tanto al emisor de la información como al destinatario de cumplir con esta autorización. Entiendo que la información de mi registro de salud puede incluir información sobre las enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humano (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud de comportamiento o mental, así como tratamiento para alcohol y abuso de drogas.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Por favor, revise nuestra Nota de Prácticas Privadas (Notice of Privacy Practices) para ver las instrucciones sobre cómo revocar esta autorización. Entiendo que la cancelación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de contestar una reclamación conforme a mi póliza. Salvo que sea revocada, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico la fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirará en seis (6) meses. Entiendo que mi representante autorizado o mi persona pueden recibir una copia de la divulgación. Acepto que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original.

Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que será usada o divulgada, según lo establecido en el Código de Regulaciones Federales (Cost and Freight, CFR) 164.524. Entiendo que mi plan de salud puede condicionar la inscripción en el mismo o la elegibilidad para los beneficios en el otorgamiento de la autorización solicitada por el plan de salud antes de mi inscripción, si la autorización solicitada es para las determinaciones de elegibilidad o inscripción en el plan de salud relacionadas a mi persona o la suscripción, o las determinaciones de calificación de riesgos, y si no es para el uso o divulgación de las notas de psicoterapia. Complete sólo si Sentara solicitó la divulgación (encierre en un círculo las opciones apropiadas): Sentara recibirá / no recibirá remuneración por esta divulgación. Entiendo que cualquier divulgación de información trae consigo la posibilidad de divulgaciones no autorizadas y que la información no esté protegida por las leyes de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar a la Oficina Privada de Sentara. 757-857-8494.

 Firma del paciente o representante legal

 Fecha

 Si firma el representante legal, indique relación con el Miembro

 Firma del testigo



Notificación sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación está en contra de la ley

Optima Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina en términos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Optima Health no excluye a las personas o las trata de forma distinta por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Optima Health

- Ofrece recursos y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos en otros idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte:

Coordinador de derechos civiles
4417 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462
1-844-801-3779, 757-552-7116 Fax
languagehelp@sentara.com

Si considera que Optima Health no cumplió con ofrecer estos servicios o discriminó de alguna manera, basado en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo puede presentar un reclamo a:

Coordinador de la sección 1557
4417 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462
1-844-801-3779, 757-552-7116 Fax
languagehelp@sentara.com

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de la sección 1557 (referido anteriormente) está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Oficina para Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), vía electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

Los formularios de reclamos están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html