

Grievance and Appeal Process

UnitedHealthcare Community Plan

Grievance Process

How do I report a grievance?

Grievances are complaints about:

- The way you were treated,
- The quality of care or services you received,
- Problems getting care,
- Billing issues.

If you need help filing a grievance, call **1-877-542-8997**. We will let you know we received your grievance within two business days. We will try to take care of your grievance right away. We will resolve your grievance within 45 days and tell you how it was resolved.

Who do I call for help at my health plan?

If you need help, call **1-877-542-8997** or for **TTD/TTY, call 711**. We will keep your information private.

To file a grievance or appeal, contact:
UnitedHealthcare Community Plan
Attention: Appeals and Grievance
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Phone: 1-877-542-8997

Fax: 1-801-994-1082

Appeal Process

An appeal is a request to review a denied service or referral. You can appeal our decision if a service was denied, reduced, or ended early. Below are the steps in the appeal process:

STEP 1: UnitedHealthcare Community Plan Appeal

STEP 2: State Hearing

STEP 3: Independent Review

STEP 4: Health Care Authority (HCA) Board of Appeals Review Judge

Continuation of Services During the Appeal Process

If you want to keep getting previously approved services while we review your appeal, you must tell us within 10 calendar days of the date on your denial letter. If the final decision in the appeal process agrees with our decision, you may need to pay for services you received during the appeal process.



STEP 1 – UnitedHealthcare Community Plan Appeal: How do I ask for an appeal?

You have 60 calendar days after the date of UnitedHealthcare Community Plan’s denial letter to ask for an appeal. You or your representative may request an appeal or may submit information about your case over the phone, in person, or in writing. You may fax the information to 1-801-994-1082. Within 5 calendar days, we will let you know in writing that we got your appeal. UnitedHealthcare Community Plan can help you file your appeal. If you need help filing an appeal, call the **1-877-542-8997**.

You may choose someone, including a lawyer or provider, to represent you and act on your behalf. You must sign a consent form allowing this person to represent you. UnitedHealthcare Community Plan does not cover any fees or payments to your representatives. That is your responsibility.

Before or during the appeal, you or your representative may look at and have copies of your file, medical records, or other documents considered in the appeal. If you want copies of the guidelines we used to make our decision, we can give them to you free of charge. We will keep your appeal private. We will send you our decision in writing within 14 calendar days, unless we tell you we need more time. Our review will not take longer than 28 calendar days.

STEP 2 – State Hearing: How do I ask for a legal review?

If you disagree with UnitedHealthcare Community Plan’s appeal decision, you can ask for a State Hearing. You must complete UnitedHealthcare Community Plan’s appeal process before you can have a hearing. You must ask for a hearing within 120 calendar days of the date on the appeal decision letter. When you ask for a hearing, you need to say what service was denied, when it was denied, and the reason it was denied. Your provider may not ask for a Hearing on your behalf. To ask for a State Hearing, contact Office of Administrative Hearings:

Phone: 1-800-583-8271

P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

You may consult with a lawyer or have another person represent you at the Hearing. If you need help finding a lawyer, check with the nearest Legal Services Office or call the NW Justice CLEAR line at 1-888-201-1014 or visit their website at www.nwjustice.org.

STEP 3 – Independent Review: How do I ask for an Independent Review?

An Independent Review is a review by a doctor who does not work for UnitedHealthcare Community Plan. If you do not agree with the decision from the State Hearing, you can ask for an independent review within 21 calendar days of the Hearing decision or you may go directly to Step 4. Call **1-877-542-8997** for help. Any extra information you want us to look at must be given to us within five days of asking for the independent review. If you ask for this review, your case will be sent to an Independent Review Organization (IRO) within three working days. You do not have to pay for this review. UnitedHealthcare Community Plan will let you know the decision.

STEP 4 – Health Care Authority (HCA) Board of Appeals: How do I ask for another legal review?

You can ask for a final review of your case by the HCA Board of Appeals Review Judge. You must ask for this within 21 calendar days after the IRO decision is mailed. The decision of the HCA Board of Appeals is final. To ask for this review contact:

HCA Board of Appeals

P.O. Box 42700

Olympia, WA 98504-2700

Phone: 360-725-0910

Toll-free: 844-728-5212

Fax: 360-507-9018

Other Information

Billed for Services: If you get a bill for health care services, call **1-877-542-8997**.

Expedited (Faster) Decisions: If you or your provider think waiting for a decision would put your health at risk, you may ask for an expedited (faster) appeal, state hearing, or IRO. Information that you think we need to look at must be given to us quickly. We will review your request and make a fast decision. If we decide your health is not at risk, we will let you know and we will follow the regular timeframe to make our decision.

Second Opinion: At any time you can get a second opinion about your health care or condition. Call **1-877-542-8997** to find out how to get a second opinion.

Exception to Rule: Your doctor may ask us to approve a service for you that is not covered. This is called an Exception to Rule (ETR). To be approved, your need must be different from most people and no other covered, less costly service will meet your need. If we deny you a service because it is not covered, you may ask for an appeal. This decision is final. You may ask for a hearing only to review if we correctly determined the service you are asking for is not covered.

Limited Benefit: Your doctor may ask us to approve more services for you than your benefit package allows. It may be more in scope, number, length of time, or how often a service is provided. An example is more adult physical therapy visits than the 12 visits the benefit allows. This is called a Limitation Extension (LE). To be approved, it must meet the rules in WAC 182-501-0169:

- It must be asked for before you get more of the service.
- You must have gotten better from the services so far and it must be likely that you will continue to get better with more services or be likely that you would get worse without more services.

You can ask for an appeal at the same time as your doctor asks for a LE.

State-Only Funded Services are Limited: *If this applies to you, we will let you know.* Services paid by State Only money are limited. If the money runs out, we cannot approve the service for you even if we agree the services are needed. If you are in the middle of an appeal or a hearing when the money runs out, we cannot continue the process.

Proceso de Reclamación y Apelación UnitedHealthcare Community Plan

Proceso de reclamación

¿Cómo presento una reclamación?

Las reclamaciones son quejas acerca de:

- La forma en que le trataron,
- La calidad de la atención o los servicios que recibió,
- Problemas para obtener atención,
- Problemas de facturación.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, llame al **1-877-542-8997**. Le informaremos que recibimos su reclamación dentro de los dos días hábiles siguientes. Trataremos de encargarnos de su reclamación de inmediato. Resolveremos su reclamación dentro de 45 días y le indicaremos cómo se resolvió.

¿A quién llamo si necesito ayuda con mi plan de salud?

Si usted necesita ayuda, llame al **1-877-542-8997** o para **TTD/TTY, llame al 711**. Nosotros mantendremos su información privada.

Para presentar una reclamación o una apelación, contacte a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attention: Appeals and Grievance
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Teléfono: 1-877-542-8997
Fax: 1-801-994-1082

Proceso de apelación

Una apelación es una solicitud para revisar un servicio o referencia rechazada. Usted puede apelar nuestra decisión si un servicio fue denegado, reducido o terminado antes de tiempo. A continuación, se detallan los pasos en el proceso de apelación:

PASO 1: Apelación ante UnitedHealthcare Community Plan

PASO 2: Audiencia estatal

PASO 3: Revisión Independiente

PASO 4: Juez de Revisión de la Junta de Apelaciones de la Autoridad de Atención Médica (HCA)



Continuación de los servicios durante el proceso de apelación

Si usted desea seguir recibiendo servicios previamente aprobados mientras revisamos su apelación, debe informarnos dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de su carta de denegación. Si la decisión final en el proceso de apelación concuerda con nuestra decisión, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

PASO 1 – Apelación de UnitedHealthcare Community Plan: ¿Cómo solicito una apelación?

Tiene 60 días calendario después de la fecha de la carta de denegación de UnitedHealthcare Community Plan para solicitar una apelación. Usted o su representante pueden solicitar una apelación o pueden enviar información sobre su caso por teléfono, en persona o por escrito. Puede enviar la información por fax al 1-801-994-1082. Dentro de 5 días calendario, le informaremos por escrito que recibimos su apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar su apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame al **1-877-542-8997**.

Puede elegir a otra persona, incluyendo a un abogado o proveedor, para que lo represente y actúe en su nombre. Debe firmar una forma de consentimiento que le permita a esta persona representarlo. UnitedHealthcare Community Plan no cubre ninguna tarifa o pago a sus representantes. Esa es su responsabilidad.

Antes o durante la apelación, usted o su representante pueden ver y obtener copias de sus récords, registros médicos u otros documentos considerados en la apelación. Si desea copias de las guías que usamos para tomar nuestra decisión, podemos proporcionárselas sin ningún cargo. Mantendremos su apelación privada. Le enviaremos nuestra decisión por escrito dentro de 14 días calendario, a menos que le digamos que necesitamos más tiempo. Nuestra revisión no demorará más de 28 días calendario.

PASO 2 – Audiencia estatal: ¿Cómo solicito una revisión legal?

Si usted no está de acuerdo con la decisión de apelación de UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar una audiencia estatal. Debe completar el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan antes de poder tener una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de 120 días calendario posteriores a la fecha de la carta de decisión de la apelación. Cuando solicite una audiencia, debe indicar qué servicio se denegó, cuándo se denegó y la razón por la que se denegó. Su proveedor no puede solicitar una audiencia en su nombre. Para solicitar una audiencia estatal, comuníquese con la Oficina de Audiencias Administrativas:

Teléfono: 1-800-583-8271

P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

Puede consultar con un abogado o hacer que otra persona lo represente en la audiencia. Si necesita ayuda para encontrar un abogado, consulte con la Oficina de Servicios Legales más cercana o llame a la línea NW Justice CLEAR al 1-888-201-1014 o visite su sitio web en **www.nwjustice.org**.

PASO 3 – Revisión independiente: ¿cómo solicito una revisión independiente?

Una revisión independiente es una revisión realizada por un médico que no trabaja para UnitedHealthcare Community Plan. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia estatal, puede solicitar una revisión independiente dentro de 21 días calendario posteriores a la decisión de la audiencia o puede ir directamente al paso 4. Llame al **1-877-542-8997** para obtener ayuda. Cualquier información adicional que desee que examinemos debe ser entregada dentro de los cinco días posteriores a la solicitud de la revisión independiente. Si solicita esta revisión, su caso será enviado a una Organización de Revisión Independiente (IRO) dentro de tres días hábiles. No tiene que pagar esta revisión. UnitedHealthcare Community Plan le informará acerca de la decisión.

PASO 4 – Junta de Apelaciones de la Autoridad de Atención Médica (HCA): ¿Cómo solicito otra revisión legal?

Puede solicitar una revisión final de su caso por parte del juez de revisión de la Junta de Apelaciones de HCA. Debe solicitarlo dentro de 21 días calendario posteriores a la fecha de envío de la decisión de la IRO. La decisión de la Junta de Apelaciones de HCA es definitiva. Para solicitar este contacto de revisión:

HCA Board of Appeals
P.O. Box 42700
Olympia, WA 98504-2700

Teléfono: 360-725-0910
Línea gratuita: 844-728-5212
Fax: 360-507-9018

Otra información

Facturación por servicios: Si usted recibe una factura por servicios para los cuidados de salud, llame al **1-877-542-8997**.

Decisiones aceleradas (más rápidas): Si usted o su proveedor piensan que esperar una decisión pondría en riesgo su salud, puede solicitar una apelación, audiencia estatal o IRO acelerada (más rápida). La información que usted piensa que debemos examinar debe ser entregada tan pronto como sea posible. Revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión rápida. Si decidimos que su salud no está en riesgo, le informaremos y proseguiremos dentro del tiempo regular empleado para llegar a una decisión.

Segunda opinión: Usted puede obtener una segunda opinión acerca de sus cuidados de salud o de su condición médica. Llame al **1-877-542-8997** para conocer cómo puede obtener una segunda opinión.

Excepción a regla: Su médico puede solicitarnos que aprobemos un servicio que no está cubierto. A esto se le llama una excepción a la regla (ETR). Para ser aprobado, su necesidad debe ser diferente a la de la mayoría de las personas y ningún otro servicio cubierto, menos costoso, satisfará sus necesidades. Si le denegamos un servicio porque no está cubierto, puede solicitar una apelación. Esta decisión es final. Puede solicitar una audiencia solo para revisar si determinamos correctamente que el servicio que está solicitando no está cubierto.

Beneficio limitado: Su médico puede solicitarnos que aprobemos más servicios para usted de lo que permite su paquete de beneficios. Puede ser más en el alcance, el número, o período de tiempo o con qué frecuencia se proporciona un servicio. Un ejemplo son las visitas de terapia física más para adultos que las 12 visitas que permite el beneficio. Esto se llama extensión de limitación (LE). Para ser aprobado, debe cumplir con las reglas en WAC 182-501-0169:

- Se debe solicitar antes de obtener más del servicio.
- Debe haber mejorado de los servicios hasta el momento y es probable que continúe mejorando con más servicio o sea probable que empeore sin más servicios.

Puede solicitar una apelación al mismo tiempo que su médico solicita una LE.

Los servicios financiados solamente por el Estado son limitados: *Si esto es aplicable a usted, se lo haremos saber.* Servicios pagados solamente por el Estado son con cantidades limitadas de dinero. Si el dinero se agota, no podemos aprobar el servicio para usted, incluso si aceptamos que los servicios son necesarios. Si se encuentra en medio de una apelación o audiencia cuando se acaba el dinero, no podremos continuar el proceso.