



HEALTHfirst Appeals and Complaints Enclosure

Process for Filing a Complaint and/or Appeal to an Adverse Benefit Determination

You have the right to file a complaint or an appeal to Parkland Community Health Plan. You can file a complaint if you are dissatisfied with your health care or services provided by your doctor, his or her staff, or Parkland Community Health Plan. You also have the right to file an appeal, which is a review of an “Adverse Benefit Determination.” An Adverse Benefit Determination is a type of a denial for any of the reasons described for it under the *Appeal Process* section of this notice. A complaint or an appeal can be provided to us by mail, telephone, fax, or in person; however, a verbal appeal received will be written down and sent to you or your representative to be confirmed, signed and, returned to us before we can process it. This does not apply if the appeal request is for an expedited resolution. Information about filing a complaint or appeal is provided in more details in the below sections of this notice.

You can allow someone to act on your behalf (a “representative”) during the complaint or appeal process. This includes a health care provider, friend, family member, lawyer, or spokesperson. This person can file and speak on your behalf about a complaint or appeal. For appeals, you must complete, sign, and return to us the *Parkland Appeal Representative Consent Form* to allow and identify the person acting on your behalf. This applies to appeal and State Fair Hearing requests with the exception of expedited requests.

How to File Your Complaint or Appeal

To file a complaint or appeal, call or write to a Member Advocate at Parkland Community Health Plan. If you need help understanding this notice or if you want to learn more, you or your representative can call or write to a Member Advocate at:

Parkland Community Health Plan
Attn: Member Advocate
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Phone: 1.888.672.2277 (toll-free)
FAX: 1.844.310.1823 (toll-free)

COMPLAINT PROCESS

A “Complaint” means: *an expression of dissatisfaction expressed by a Complainant, verbally or in writing, to us about any matter related to Parkland Community Health Plan other than an Adverse Benefit Determination.*

A “Complainant” means: *a Member or a treating provider or other individual designated to act on behalf of the Member who filed the Complaint.*

An “Initial Contact Complaint” means: *a complaint that is resolved within one (1) working day.*

Filing a Complaint

Complaint: You can file a verbal or written complaint to us about any matter that is not an Adverse Benefit Determination. You can file a complaint if you are not happy with your health care or services provided by your doctor, his or her office staff, or Parkland Community Health Plan; including our utilization review process and appeal procedures.

Complaint Appeal: If you are not satisfied or happy with a complaint decision, you have the right to request a complaint appeal. This is another review of your complaint and the decision we made on it. It will be reviewed by our Complaint Appeal Panel. The Complaint Appeal Panel will be made up of equal numbers of health plan representatives, health care providers, and health plan members. The Panel will not include anyone involved in the original complaint decision or an employee of Parkland Community Health Plan.

Use the telephone number and address provided on the first and last page of this notice to file your complaint or complaint appeal.

1. **Verbal Complaint:** A Member Advocate at Parkland Community Health Plan can help you file a verbal complaint. Everything you tell the Member Advocate, by phone or in-person, will be written down on a *HEALTHfirst Verbal Complaint Member Form* for you. It will then be provided to you to review, add, or correct any information on it. We encourage you to sign and return this form to us. It will provide written confirmation that what we have about your complaint is complete and correct.
2. **Written Complaint:** You can mail, fax, or provide in-person a complaint letter to us. Please send any information you want us to review. We would like to get any new information we may not have before to help us make a decision.

Time Frames and Notifications

Below are the required time frames and notifications we follow for handling complaints we receive and review.

- Deadline to File a Complaint/Complaint Appeal: There is no deadline to file a complaint; however, a complaint appeal must be filed within **60 calendar days**. This is from the date you received notice about our decision on a complaint you filed.
- Acknowledgement: We will send a letter to confirm we received a complaint or complaint appeal within **five (5) working days**, unless it was an Initial Contact Complaint. This will be from the date we received the complaint or complaint appeal.
- Resolution/Decision: We will resolve a complaint or complaint appeal in writing within **30 calendar days**. This will be from the date we received the complaint or complaint appeal.

We will work with internal and/or external parties to review and resolve your complaint or complaint appeal. Once we make a decision, you have the right to get a copy of your complaint or complaint appeal and any other related documents. We will also send you and any affected parties a letter about the complaint or complaint appeal decision. This includes a health care provider or someone acting on your behalf.

Filing a Complaint with HHSC

If you are not satisfied with a complaint decision or how it was handled, you can file a complaint with the Texas Health and Human Services Commission (HHSC). This can be done by calling or writing to HHSC at the below number or address:

Texas Health & Human Services Commission
Attn: Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
Phone: 1-866-566-8989

If you can get on the internet, you can also submit your complaint to HHSC at:
hhs.texas.gov/managed-care-help.

APPEAL PROCESS

An “Appeal” means: *a verbal or written dissatisfaction or disagreement with an Adverse Benefit Determination*. It is a type of denial from Parkland Community Health Plan for any of the reasons listed below.

An “**Adverse Benefit Determination**” means:

- (1) *the denial or limited authorization of a Member or Provider requested services, including the type or level of service, requirements for medical necessity, appropriateness, setting, or effectiveness of a covered benefit;*
- (2) *the reduction, suspension, or termination of a previously authorized service;*
- (3) *the denial in whole or in part of payment for service;*
- (4) *the failure to provide services in a timely manner as determined by the State*
- (5) *the failure of Parkland Community Health Plan to act within required federal timeframes;*
- (6) *for a resident of a rural area with only one managed care organization, the denial of a Medicaid Members’ request to obtain services outside of the Network; or*
- (7) *the denial of a Member’s request to dispute a financial liability, including cost sharing, copayments, premiums, deductibles, coinsurance, and other Member financial liabilities.*

The doctor who made the Adverse Benefit Determination decision will not be involved in any of the appeal process. It will be sent to a different doctor to make a decision. This doctor will know how to manage the same type of medical condition you have. The doctor will also have knowledge about the services or treatment being appealed. You have the right to look at our file on your appeal request at any time.

During an appeal, you have the right to request that we continue services or benefits being appealed. See the “Continuation of Benefits” section on the last page of this notice for more details.

Appeal Types

1. **Standard Appeal:** This is a review of your appeal by Parkland Community Health Plan; and does not require an urgent review or immediate decision by us. We will review the appeal to reconsider an Adverse Benefit Determination we made. An “appeal” is a standard one unless it is an Expedited Appeal.
2. **Expedited Appeal:** This is an urgent review of your appeal by Parkland Community Health Plan. An expedited appeal means *an appeal in which the decision is required quickly based on your health status, and the amount of time needed to participate in a standard appeal could jeopardize your life, physical or mental health, or ability to attain, maintain, or regain maximum function*. An expedited appeal includes a denial for when:
 - The care is needed because of an emergency;
 - It is to continue hospitalization while the member is in the hospital;
 - There are prescription drugs and intravenous infusions for which the member is receiving benefits.

Please note that if you have already received services being appealed; or we deny a request for an expedited review of an appeal, we will:

- Consider it as a standard appeal;
- Follow the standard process and time frames;
- Make an attempt to verbally tell you about our denial for an expedited review; and send written notification within **two (2) days of receipt of your request**.

Filing an Appeal

Our appeal process starts with a review of a denial that is an Adverse Benefit Determination by us. You or your representative can start our appeal process by calling or writing to Parkland Community Health Plan. The number and address to call or send a request for an appeal is provided on the first and last page of this notice.

1. **Verbal Appeal:** A Member Advocate at Parkland Community Health Plan can help you file a verbal appeal. Everything you tell the Member Advocate, by phone or in-person, will be written down on a *HEALTHfirst Verbal Appeal Member Form* for you. It will then be provided to you to review, add, or correct any information on it. You must sign and return this form to us before we can complete the processing of your appeal. It will provide written confirmation that what we have about your appeal is complete and correct.
2. **Written Appeal:** You can mail, fax, or provide in-person an appeal letter to us. Please send any information you want us to review. We would like to get any new information we may not have before to help us make a decision.

Time Frames and Notifications

Below are the required time frames and notifications we follow for handling appeals we receive and review.

- **Deadline to File an Appeal:** *This applies to standard appeals.* An appeal must be filed within **60 calendar days**. This is from the date of an Adverse Benefit Determination notice you get from us.
- **Acknowledgement:** *This applies to standard appeals.* Within **five (5) working days**, we will send you a letter to confirm that we have received your appeal. This will be from the date we receive the appeal. If we need more information to help us make a decision, we will include a list of what is needed. For expedited appeals, we will provide a verbal notice and follow up with a resolution notice no later than 72 hours.
- **Appeal Extension:** *This applies to standard and expedited appeals.* We may extend the time frame to resolve an appeal up to **14 calendar days**. This is if it is not related to an ongoing emergency or denial of continued hospitalization. This is also if you make the request for an extension; or we need more information and the delay is in your interest. If the time frame is

extended, we will send you a written notice about it. The notice will include the reason for the delay if you had not requested the delay.

- **Resolution Notice:** We will send you a written final decision about your appeal. We will also send a copy to the requesting health care provider; as well as a call or fax about the decision. If an appeal results in us reversing a denial and a service(s) is approved, the health care provider will contact you and provide the service(s). If you have someone acting on your behalf, we will also send a copy of the letter to that person.
 - *This applies to standard appeals.* We have up to **30 calendar days** to make a decision. This is from the date we received the appeal.
 - *This applies to expedited appeals.* We have **72 hours** to make a decision. This will be reduced to **one (1) working day** if it is for an ongoing emergency or denial of continued hospitalization. This is from the date we receive the expedited appeal; and all information necessary to complete the appeal. We will also contact the health care provider with our decision by phone.

Submitting Additional Information

This applies to standard and expedited appeals. After we receive your appeal, you can send us any information you want us to review; especially if it may help us make a decision. We will need it before the end of our time frame to resolve your appeal. If we do not get it by then, a decision will be made based on the information we have.

Completing the Appeal Process

This applies to standard and expedited appeals. You must complete our appeal process before you qualify for a State Fair Hearing. However, you will not be required to complete our appeal process to qualify for a State Fair Hearing if we do not meet our appeal time frame and notice requirements.

Once we make a final decision on your appeal and you have been notified about it, you have completed our appeal process. If you do not agree with the appeal decision, you qualify to request a State Fair Hearing. See the *State Fair Hearing Process* section below.

STATE FAIR HEARING PROCESS

If you do not agree with our appeal decision to uphold an Adverse Benefit Determination, you or your representative have the right to ask for a State Fair Hearing by the Texas Health and Human Services Commission (HHSC).

- **Standard State Fair Hearing:** This is a standard review and does not require a decision right away by HHSC about an Adverse Benefit Determination we made.
- **Expedited State Fair Hearing:** This is an urgent review and requires a decision right away by HHSC about an Adverse Benefit Determination we made.

Filing a State Fair Hearing

To file a State Fair Hearing, please see the *HEALTHfirst State Fair Hearing Request Form*. A Member Advocate at Parkland Community Health Plan can help you fill out the form or if you have any questions. You can talk or write to a Parkland Member Advocate at the phone number and address provided on the first and last page of this notice.

Time Frames and Notifications

Below are the required time frames and notifications related to State Fair Hearing requests we receive.

- Deadline to File a State Fair Hearing:
 - *This applies to a standard State Fair Hearing.* You must ask for a State Fair Hearing within **120 calendar days** from the date of our decision letter upholding an appeal decision. If you do not ask for a State Fair Hearing by this time frame, you may lose your right to the hearing.
 - *This applies to an expedited State Fair Hearing.* You can ask for an expedited State Fair Hearing if:
 - The timeframe to do a standard a State Fair Hearing would place the member's life, health, or ability to regain maximum function in danger; or
 - The decision is about admission, care availability, continued stay, or emergency health care services where the member has not been discharged from the facility.
- Resolution/Decision to a State Fair Hearing:
 - *This applies to a standard State Fair Hearing.* HHSC will provide a final decision within **90 calendar days**. This is from the date HHSC receives the case file and hearing request.
 - *This applies to an expedited State Fair Hearing.* HHSC will provide a final decision as quickly as the member's health condition requires, but no later than **three (3) working days**. This is from the date HHSC receives the case file and hearing request.

State Fair Hearing Information

State Fair Hearing Packet: If you ask for a State Fair Hearing, you will get a packet of information from HHSC letting you know the date, time, and location of the hearing. Most hearings are held by telephone. You can contact the HHSC hearings officer if you would like the hearing to be held in-person. During the hearing, you or your representative can tell why you need the service or disagree with our action/decision.

Examining State Fair Hearing Documents: You have the right to examine, at a reasonable time before the date of the State Fair Hearing, the contents of your case file and any documents to be used by

Parkland Community Health Plan at the hearing. Before the hearing, Parkland Community Health Plan will send you all of the documents to be used at the hearing.

Continuation of Benefits

This applies to appeals and State Fair Hearings. You may be able to keep getting any service or benefit that is being terminated, suspended, or reduced by Parkland Community Health Plan if you make the request by the below time frames:

- **Appeal:** *This is an internal review by Parkland Community Health Plan of a denial that is an Adverse Benefit Determination.* You have until the day of or before the later of: 1) ten **(10) working days** from the date of a written Adverse Benefit Determination notice you receive; or 2) the effective date indicated on a written Adverse Benefit Determination when a service or benefit will be reduced or end.
- **State Fair Hearing:** *This is an external review of an Adverse Benefit Determination.* You have **10 working days** from the date of a written appeal decision from us.

The service or benefit you are appealing may continue at least until a final appeal decision is made; or you request a State Fair Hearing. If you request a State Fair Hearing, the service or benefit will continue until a hearing decision is made. If you do not request an appeal or State Fair Hearing by the above specified time frames, the service or benefit will be terminated, suspended, or reduced. If you lose your appeal or State Fair Hearing, we may be able to recover the costs of providing services or benefits to you while the appeal or State Fair Hearing were pending. As a result, you may be held financially responsible for any services or benefits that are continued during an appeal or State Fair Hearing.

Please contact Parkland Community Health Plan if you want to request continuing your services or benefits during an appeal or State Fair Hearing process. A Parkland Member Advocate is available to assist you in making this request at the address and number below. Talk to the Member Advocate if you also need help filing a complaint or appeal; or help understanding this notice:

Parkland Community Health Plan
Attn: Member Advocate
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Phone: 1-888-672-2277 (toll-free)
FAX: 1-844-310-1823 (toll-free)



Adjunto sobre apelaciones y reclamos de HEALTHfirst

Proceso para presentar un reclamo o una apelación de una determinación adversa de beneficios

Usted tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación ante Parkland Community Health Plan. Puede presentar un reclamo si no está satisfecho con su atención o los servicios de su médico, del personal de este o de Parkland Community Health Plan. También tiene derecho a presentar una apelación, que es una revisión de una “determinación adversa de beneficios”. Una determinación adversa de beneficios es un tipo de denegación por cualquiera de los motivos que se describen en la sección *Proceso de apelación* de este aviso. El reclamo o la apelación puede presentarse por correo, teléfono, fax o personalmente; sin embargo, si se recibe una apelación verbal, se pondrá por escrito y se le enviará a usted o a su representante para que la confirme, la firme y la envíe de vuelta antes de que podamos procesarla. Esto no se aplica si la solicitud de apelación es para una resolución acelerada. En las secciones de este aviso que aparecen a continuación se presenta información más detallada sobre cómo presentar un reclamo o una apelación.

Usted puede permitir que alguien actúe en su nombre (un “representante”) durante el proceso de reclamo o apelación. Esto incluye a un proveedor de atención médica, un amigo, un familiar, un abogado o un representante. Esta persona puede presentar un reclamo o una apelación en su nombre y hablar por usted. Para las apelaciones, debe completar, firmar y enviarnos de vuelta el *Formulario de consentimiento de representante en apelaciones de Parkland* para identificar y autorizar a la persona que actúa en su nombre. Esto se aplica a solicitudes de apelaciones y audiencias imparciales del estado, excepto las solicitudes aceleradas.

Cómo presentar su reclamo o apelación

Para presentar un reclamo o apelación, llame o escríbale a un defensor de miembros de Parkland Community Health Plan. Si necesita ayuda para comprender este aviso o desea obtener más información, usted o su representante pueden llamar o escribir a un defensor de miembros a:

Parkland Community Health Plan
Attn: Member Advocate
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Teléfono: 1-888-672-2277 (gratuito)
FAX: 1-844-310-1823 (gratuito)

PROCESO DE RECLAMOS

Un “Reclamo” significa: *una expresión de insatisfacción por parte de un reclamante, verbal o por escrito, hacia nosotros sobre cualquier tema relacionado con Parkland Community Health Plan, además de la determinación adversa de beneficios.*

Un “Reclamante” significa: *un Miembro, un proveedor tratante o cualquier otro individuo designado a actuar en representación del Miembro que presentó el reclamo.*

Un “Reclamo de contacto inicial” significa: *un reclamo que se resuelve en el transcurso de un (1) día laborable.*

Cómo presentar un reclamo

Reclamo: puede presentar un reclamo verbal o escrito ante nosotros sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Puede presentar un reclamo si no está conforme con la atención o los servicios de salud de su médico, del personal de su consultorio o de Parkland Community Health Plan, incluido nuestro proceso de revisión de utilización y nuestros procedimientos de apelación.

Apelación de reclamo: si no está satisfecho o conforme con una decisión de reclamo, tiene derecho a solicitar una apelación de reclamo, lo que implicará otra revisión de su reclamo y la decisión que tomamos al respecto. Nuestro Panel de apelaciones de reclamos lo revisará. El Panel de apelaciones de reclamo estará compuesto por cantidades iguales de representantes del plan de salud, proveedores de atención médica y miembros del plan de salud. El Panel no incluirá a nadie relacionado con la decisión original del reclamo ni a empleados de Parkland Community Health Plan.

Use el número de teléfono y la dirección proporcionados en la primera y última página de este aviso para presentar su reclamo o apelación de reclamo.

1. **Reclamo verbal:** un defensor de miembros de Parkland Community Health Plan puede ayudarlo a presentar un reclamo verbal. Todo lo que le diga al defensor de miembros, por teléfono o en persona, se pondrá por escrito en un *Formulario de reclamo verbal de miembros de HEALTHfirst* para usted. Luego, se lo proporcionaremos para que lo revise, agregue o corrija cualquier información que figure en él. Le recomendamos que firme y nos devuelva este formulario. Nos proporcionará la confirmación por escrito de que los datos que tenemos sobre su reclamo están completos y son correctos.
2. **Reclamo por escrito:** puede enviarnos una carta de reclamo por correo, por fax o entregarla en persona. Envíe toda la información que quiera que revisemos. Quisiéramos obtener cualquier información nueva que quizás no tuviéramos antes para que nos sirva de ayuda en el momento de tomar una decisión.

Plazos y notificaciones

A continuación, encontrará los plazos y las notificaciones requeridas que utilizamos para gestionar los reclamos que recibimos y revisamos.

- Plazo para presentar un reclamo o una apelación de reclamo: no hay plazo para presentar un reclamo; sin embargo, una apelación de reclamo debe presentarse dentro de los **60 días calendario**. El plazo se cuenta a partir de la fecha en la que recibió el aviso con nuestra decisión acerca de un reclamo que usted presentó.
- Acuse de recibo: dentro de **cinco (5) días laborables**, le enviaremos una carta para confirmar que recibimos su reclamo o apelación de reclamo, a menos que haya sido un reclamo de contacto inicial. Esto será a partir de la fecha en la que recibimos el reclamo o la apelación de reclamo.
- Resolución/decisión: dentro de **30 días calendario**, resolveremos su reclamo o apelación de reclamo por escrito. Esto será a partir de la fecha en la que recibimos el reclamo o la apelación de reclamo.

Trabajaremos con las partes internas o externas para revisar y resolver su reclamo o apelación de reclamo. Una vez que tomemos una decisión, usted tendrá derecho a recibir una copia de su reclamo o apelación de reclamo y otros documentos relacionados. También le enviaremos a usted y a cualquier parte afectada una carta sobre la decisión respecto del reclamo o de la apelación de reclamo. Esto incluye a un proveedor de atención médica o a quien actúe en su nombre.

Cómo presentar un reclamo ante la HHSC

Si no está satisfecho con una decisión sobre un reclamo o la forma en que se manejó, puede presentar un reclamo ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas. Para esto, puede llamar o escribir a la HHSC al número o la dirección que figuran a continuación:

Texas Health & Human Services Commission
Attn: Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
Teléfono: 1-866-566-8989

Si tiene conexión a Internet, también puede enviar su reclamo a la HHSC en: hhs.texas.gov/managed-care-help.

PROCESO DE APELACIÓN

Una “Apelación” significa: *una expresión verbal o escrita de insatisfacción o desacuerdo con una determinación adversa de beneficios*. Es un tipo de denegación de Parkland Community Health Plan por cualquiera de los motivos que se describen a continuación.

Una “**Determinación adversa de beneficios**” significa:

- (1) *la denegación o la autorización limitada del servicio solicitado por un miembro o proveedor, incluido el tipo o nivel de servicio, las solicitudes de necesidad médica, la propiedad, el entorno o la efectividad de un beneficio cubierto;*
- (2) *la reducción, la suspensión o la finalización de un servicio previamente autorizado;*
- (3) *la denegación total o parcial del pago del servicio;*
- (4) *la imposibilidad de brindar el servicio a tiempo, según lo establecido por el estado;*
- (5) *la imposibilidad por parte de Parkland Community Health Plan de actuar dentro de los plazos federales solicitados;*
- (6) *para un residente de un área rural con una sola organización de atención, la denegación de una solicitud de un miembro de Medicaid para obtener servicios fuera de la red; o*
- (7) *la denegación de una solicitud de un miembro para discutir una responsabilidad financiera, incluido el costo compartido, los copagos, las primas, los deducibles, los coseguros y otras de sus responsabilidades financieras.*

El médico que tomó la decisión de la determinación adversa de beneficios no participará en ninguna instancia del proceso de apelación. Se le enviará a otro médico para que tome una decisión. Este médico sabrá cómo gestionar el mismo tipo de afección médica que usted padece. El médico también tendrá conocimiento sobre los servicios o el tratamiento que se apelan. Usted tiene derecho a consultar nuestro archivo sobre su solicitud de apelación en cualquier momento.

Durante una apelación, tiene derecho a solicitar que continuemos con los servicios o beneficios que se apelan. Consulte la sección “Continuación de los beneficios” en la última página de este aviso para obtener más información.

Tipos de apelación

1. **Apelación estándar:** esta es una revisión de su apelación por parte de Parkland Community Health Plan y no requiere que proporcionemos una revisión urgente ni una decisión inmediata. Revisaremos la apelación para reconsiderar una determinación adversa de beneficios que hayamos realizado. Una “apelación” es estándar a menos que se trate de una apelación acelerada.
2. **Apelación acelerada:** esta es una revisión urgente de su apelación por parte de Parkland Community Health Plan. Una apelación acelerada se trata de *una apelación en la que se requiere que se tome una decisión rápidamente debido a su estado de salud, y el tiempo que se necesita para participar de una apelación estándar podría poner en riesgo su vida, su salud física o mental,*

o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. Una apelación acelerada incluye una denegación en los siguientes casos:

- Cuando la atención médica se necesita debido a una emergencia;
- Cuando es necesaria para continuar con la hospitalización mientras el miembro está en el hospital;
- Cuando existen medicamentos recetados e infusiones intravenosas para los que el miembro recibe beneficios.

Tenga en cuenta que, si ya ha recibido los servicios que está apelando o si denegamos una solicitud de una revisión acelerada de una apelación, tomaremos las siguientes medidas:

- La consideraremos como una apelación estándar;
- Seguiremos el proceso y los plazos estándares;
- Intentaremos comunicarle de forma verbal acerca de nuestra denegación de la revisión acelerada y le enviaremos una notificación por escrito dentro de los **dos (2) días de la recepción de su solicitud.**

Cómo presentar una apelación

Nuestro proceso de apelación comienza con la revisión de una denegación, que constituye una determinación adversa de beneficios decidida por nosotros. Usted o su representante puede comenzar nuestro proceso de apelación llamando o escribiendo a Parkland Community Health Plan. El número de teléfono y la dirección para llamar o enviar una solicitud de apelación figuran en la primera y la última página de este aviso.

1. **Apelación verbal:** un defensor de miembros de Parkland Community Health Plan puede ayudarlo a presentar una apelación verbal. Todo lo que le diga al defensor de miembros, por teléfono o en persona, se pondrá por escrito en un *Formulario de apelación verbal de miembros de HEALTHfirst* para usted. Luego, se lo proporcionaremos para que lo revise, agregue o corrija cualquier información que figure en él. Debe firmar y devolvernos este formulario antes de que podamos completar el procesamiento de su apelación. Nos proporcionará la confirmación por escrito de que los datos que tenemos sobre su apelación están completos y son correctos.
2. **Apelación por escrito:** puede enviarnos una carta de apelación por correo, por fax o entregarla en persona. Envíe toda la información que quiera que revisemos. Quisiéramos obtener cualquier información nueva que quizás no tuviéramos antes para que nos sirva de ayuda en el momento de tomar una decisión.

Plazos y notificaciones

A continuación, encontrará los plazos y las notificaciones requeridas que utilizamos para gestionar las apelaciones que recibimos y revisamos.

- Plazo para presentar una apelación: *esto se aplica a las apelaciones estándares.* Una apelación debe presentarse dentro de los **60 días calendario**. Esto es a partir de la fecha en la que recibió el aviso de determinación adversa de beneficios que le enviamos.

- Acuse de recibo: *esto se aplica a las apelaciones estándares*. Dentro de **cinco (5) días laborables**, le enviaremos una carta para confirmar que hemos recibido su apelación. Esto será a partir de la fecha en que recibamos la apelación. Si necesitamos más información para tomar una decisión, incluiremos una lista de lo que hace falta. En el caso de las apelaciones aceleradas, le proporcionaremos un aviso verbal seguido de un aviso de resolución a más tardar a las 72 horas.
- Extensión de la apelación: *esto se aplica a las apelaciones estándares y aceleradas*. Es posible que extendamos el plazo para resolver una apelación hasta **14 días calendario**. Esto sucede si el caso no está relacionado con una emergencia en curso o una denegación de hospitalización continua. También puede suceder si solicita una extensión, o si necesitamos más información y la demora lo beneficia a usted. Si se extiende el plazo, le enviaremos un aviso por escrito al respecto. El aviso incluirá el motivo de la demora en caso de que usted no lo haya solicitado.
- Aviso de resolución: le enviaremos la decisión final por escrito con respecto a su apelación. También le enviaremos una copia al proveedor de atención médica que la solicita y también le comunicaremos la decisión por teléfono o por fax. Si una apelación resulta en la invalidación de una denegación y se aprueba un servicio, el proveedor de atención médica se pondrá en contacto con usted y le proporcionará el servicio. Si cuenta con una persona que actúa en su nombre, también le enviaremos una copia de la carta a esa persona.
 - *Esto se aplica a las apelaciones estándares*. Tenemos hasta **30 días calendario** para tomar una decisión. Esto es a partir de la fecha en que recibimos la apelación.
 - *Esto se aplica a las apelaciones aceleradas*. Tenemos **72 horas** para tomar una decisión. Este plazo se reducirá a **un (1) día laborable** si su apelación se relaciona con una emergencia en curso o una denegación de hospitalización continua. Esto es a partir de la fecha en que recibimos la apelación acelerada y toda la información necesaria para completar la apelación. También nos pondremos en contacto por teléfono con el proveedor de atención médica para comunicarle nuestra decisión.

Cómo presentar información adicional

Esto se aplica a las apelaciones estándares y aceleradas. Después de que recibamos su apelación, puede enviarnos cualquier información que quiera que revisemos, en especial, si puede ayudarnos a tomar una decisión. La necesitaremos antes de que termine nuestro plazo para resolver su apelación. Si no la recibimos antes de ese momento, se tomará una decisión en función de la información que tenemos.

Cómo completar el proceso de apelación

Esto se aplica a las apelaciones estándares y aceleradas. Debe completar nuestro proceso de apelación antes de estar en condiciones de recibir una audiencia imparcial del estado. Sin embargo, no es necesario que complete nuestro proceso de apelación para estar en condiciones de recibir una audiencia imparcial del estado si no cumplimos nuestro plazo de apelación y requisitos de notificación.

Una vez que tomamos una decisión final sobre su apelación y se la notificamos, se completó nuestro proceso de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, está en condiciones de solicitar una audiencia imparcial del estado. Consulte la sección *Proceso de audiencia imparcial del estado* que se encuentra a continuación.

PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la apelación de mantener una determinación adversa de beneficios, usted o su representante tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas.

- Audiencia imparcial del estado estándar: esta es una revisión estándar y no requiere que la HHSC tome una decisión inmediata con respecto a una determinación adversa de beneficios que hayamos tomado.
- Audiencia imparcial del estado acelerada: consiste en una revisión urgente y requiere que la HHSC tome una decisión inmediata con respecto a una determinación adversa de beneficios que hayamos tomado.

Solicitud de una audiencia imparcial del estado

Para solicitar una audiencia imparcial del estado, consulte el *Formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado de HEALTHfirst*. Un defensor de miembros de Parkland Community Health Plan puede ayudarlo a completar el formulario o responder alguna pregunta que tenga. Puede llamar o escribirle a un defensor de miembros de Parkland al número de teléfono y a la dirección que se proporcionan en la primera y la última página de este aviso.

Plazos y notificaciones

A continuación, encontrará los plazos y las notificaciones requeridas relacionadas con las audiencias imparciales del estado que recibimos.

- Fecha límite para solicitar una audiencia imparcial del estado:
 - *Esto se aplica a una audiencia imparcial del estado estándar*. Debe solicitar una audiencia imparcial del estado dentro de los **120 días calendario** a partir de la fecha de nuestra carta con la decisión que ratifica la decisión de apelación. Si no solicita una audiencia imparcial del estado antes de dicho plazo, puede perder su derecho a la audiencia.
 - *Esto se aplica a una audiencia imparcial del estado acelerada*. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado acelerada en las siguientes situaciones:
 - Si el plazo para realizar una audiencia imparcial del estado estándar pusiera en riesgo la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima del miembro; o

- Si la decisión se relaciona con una admisión, disponibilidad de la atención, continuación de la internación o servicios de atención de emergencia cuando el miembro no recibió el alta del centro.
- Resolución/decisión para una audiencia imparcial del estado:
 - *Esto se aplica a una audiencia imparcial del estado estándar.* La HHSC proporcionará una decisión final dentro de los **90 días calendario**. Este plazo es a partir de la fecha en que la HHSC reciba el expediente del caso y la solicitud de audiencia.
 - *Esto se aplica a una audiencia imparcial del estado acelerada.* La HHSC proporcionará una decisión final tan pronto como lo requiera el estado de salud del miembro, a más tardar en **tres (3) días hábiles**. Este plazo es a partir de la fecha en que la HHSC reciba el expediente del caso y la solicitud de audiencia.

Información sobre la audiencia imparcial del estado

Paquete de la audiencia imparcial del estado: si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá un paquete de información de la HHSC que le informará la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría se lleva a cabo por teléfono. Puede comunicarse con el funcionario de audiencias de la HHSC si desea que la audiencia sea en persona. Durante la audiencia, usted o su representante pueden explicar por qué necesita el servicio o por qué no está de acuerdo con nuestra medida o decisión.

Revisión de los documentos de la audiencia imparcial del estado: tiene derecho a revisar, en un tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia imparcial del estado, el contenido del expediente de su caso y cualquier documento que Parkland Community Health Plan utilizará en la audiencia. Antes de la audiencia, Parkland Community Health Plan le enviará todos los documentos que se utilizarán.

Continuación de los beneficios

Esto se aplica a apelaciones y audiencias imparciales del estado estándares. Es posible que pueda seguir recibiendo un servicio o beneficio que Parkland Community Health Plan esté cancelando, suspendiendo o reduciendo si realiza la solicitud dentro de los siguientes plazos:

- Apelación: *se trata de una revisión interna por parte de Parkland Community Health Plan de una denegación que constituye una determinación adversa de beneficios.* Tiene tiempo hasta el día que se cumplan estos plazos o antes del último plazo de los siguientes: 1) diez **(10) días laborables** a partir de la fecha del aviso por escrito de determinación adversa de beneficios que recibió, o 2) la fecha de entrada en vigencia que se indica en una determinación adversa de beneficios escrita cuando se reducirá o finalizará un servicio o beneficio.
- Audiencia imparcial del estado: *esta es una revisión externa de una determinación adversa de beneficios.* Tiene **10 días laborables** a partir de la fecha en la que tomamos una decisión sobre la apelación escrita.

El servicio o beneficio que esté apelando puede continuar al menos hasta que se tome una decisión de apelación final o hasta que solicite una audiencia imparcial del estado. Si solicita una audiencia imparcial del estado, el servicio o beneficio continuará hasta que se tome una decisión en la audiencia. Si no solicita una apelación o una audiencia imparcial del estado dentro de los plazos especificados anteriormente, el servicio o beneficio se cancelará, suspenderá o reducirá. Si pierde la apelación o la audiencia imparcial del estado, es posible que podamos recuperar los costos por brindarle los servicios o beneficios mientras la apelación o la audiencia imparcial del estado estaba pendiente. Como consecuencia, es posible que usted deba pagar por cualquier servicio o beneficio que continúe durante la apelación o la audiencia imparcial del estado.

Comuníquese con Parkland Community Health Plan si desea solicitar la continuación de los servicios o beneficios durante un proceso de apelación o una audiencia imparcial del estado. En la dirección y el teléfono que aparecen a continuación, contará con un defensor de miembros de Parkland que estará disponible para asistirlo cuando realice esta solicitud. Comuníquese con el defensor de miembros si también necesita ayuda para presentar un reclamo o apelación, o para comprender este aviso:

Parkland Community Health Plan
Attn: Member Advocate
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Teléfono: 1-888-672-2277 (gratuito)
FAX: 1-844-310-1823 (gratuito)