

GRIEVANCE AND APPEAL PROCESS

AMERIGROUP WASHINGTON

Who do I call for help at my health plan?

If you need help, call 1-800-600-4441 or for TTD/TTY, call 711. We will keep your information private.

To file a grievance or appeal, contact:

ATTN: Appeals Dept.
Amerigroup Washington
705 5th Ave. S., Ste. 300
Seattle, WA 98104

Web: www.myamerigroup.com/WA
Phone: 1-800-600-4441 (TTY 711)
Fax: 1-855-292-3770

GRIEVANCE PROCESS: How do I report a complaint?

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 1-800-600-4441 (TTY 711). 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 calendar days and tell you how it was resolved.

If you are a client with behavioral health needs, the Ombuds is someone that can help you with questions and filing grievances. If you need information about how to contact your local Ombuds, call 1-800-600-4441 (TTY 711) or go to www.myamerigroup.com/WA.

APPEAL PROCESS: How do I request the review of a denied service?

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: Amerigroup Appeal

STEP 2: State Administrative 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 file your appeal 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 – Amerigroup Appeal: How do I ask for an appeal?

You have 60 calendar days after the date of the Amerigroup denial letter to ask for an appeal. You or your representative may request an appeal over the phone, in person, or in writing. If you request an appeal by phone, you must also send it in writing to us with your signature. Additional

GRIEVANCE AND APPEAL PROCESS AMERIGROUP WASHINGTON

information to support your appeal may be submitted over the phone, in writing, or in person. Within five calendar days, we will let you know in writing that we got your appeal. Amerigroup can help you file your appeal. If you need help filing an appeal, call **1-800-600-4441 (TTY 711)**.

STEP 1: Ask for an appeal with Amerigroup

Phone: 1-800-600-4441 (TTY 711)

Fax: 1-844-759-5953

Address: **ATTN: Appeals Dept.**
 Amerigroup Washington
 705 5th Ave. S., Ste. 300
 Seattle, WA 98104

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. Amerigroup does not cover any fees or payments to your representatives. That is your responsibility.

Before or during the appeal, you or your representative may request copies of all the documents in this appeal file, and the guidelines or benefit provisions used to make the decision. These will be sent to you free of charge. Amerigroup 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. We will keep your appeal private.

If you or your provider wants a fast decision because your health is at risk, call 1-800-600-4441 (TTY 711) for a quick review (called “expedited” review) of the denial. You may ask for a quick review if your physical or mental health is at serious risk or it involves a mental health drug authorization. You may file an expedited appeal either orally or in writing. If you file the expedited appeal orally, written follow up is not required. Amerigroup will contact you with our decision within 72 hours of getting your request for an expedited review.

If you ask for an expedited appeal, but Amerigroup decides your health is not at risk, we will follow the regular appeal timeframe. We will send you a letter telling you the decision and the reason for the change within two calendar days of your appeal request.

The expedited timeframe may be extended up to 14 calendar days if additional information to process your appeal is needed, and the delay is in your best interest. If Amerigroup extends the timeframe, we will send you a letter within two calendar days of your appeal request. We will tell you why the extension is needed. You can also ask for an extension.

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

If you disagree with the Amerigroup appeal decision, you can ask for a State Administrative Hearing. You must complete the Amerigroup 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

GRIEVANCE AND APPEAL PROCESS AMERIGROUP WASHINGTON

denied. Your provider may not ask for a hearing on your behalf. You may ask for a quick decision if your health is at risk.

STEP 2: Ask for a State Administrative Hearing

Contact the Office of Administrative Hearings (OAH)

Phone: 1-800-583-8271

Address: 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.

You may ask for a quick decision if your health is at risk. A judge will make a decision within four working days after receiving the request. If the judge decides your health is not a risk, OAH will call you and send you a letter within four working days of the request. Your hearing will change to the standard timeframe.

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

An Independent Review is a review by a doctor or specialist who does not work for Amerigroup. If you do not agree with the decision from the State Administrative 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 1-800-600-4441 (TTY 711) for help. You may ask for a quick decision if your health is at risk. Any extra information you want us to look at must be given to us within five working 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. Amerigroup will let you know the decision.

STEP 3: Ask for an Independent Review

Contact Amerigroup

Phone: 1-800-600-4441 (TTY 711)

Fax: 1-844-759-5953

Address: **ATTN: Appeals Dept.
Amerigroup Washington
705 5th Ave. S., Ste. 300
Seattle, WA 98104**

GRIEVANCE AND APPEAL PROCESS AMERIGROUP WASHINGTON

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.

STEP 4: Ask for a review by the HCA Board of Appeals

Phone: (360) 725-0910; Toll-free: (844) 728-5212

Fax: (360) 507-9018

Address: P.O. Box 42700, Olympia, WA 98504-2700

OTHER INFORMATION

Billed for services: If you get a bill for health care services, call 1-800-600-4441 (TTY 711).

Second Opinion: At any time, you can get a second opinion about your health care or condition. Call 1-800-600-4441 (TTY 711) to find out how to get a second opinion.

Children under 21: The Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) benefit provides comprehensive and preventive health care services for children under age 21 who are covered by Medicaid. MCO's are required to provide any additional health care services that are coverable under the Federal Medicaid program and found to be medically necessary to treat, correct, or reduce illnesses and conditions that are discovered. When a medically necessary covered service is denied, appeal rights will be provided. For children under the age of 21, the Exception to Rule (ETR) process does not apply.

Non-Covered Benefit

Exception to Rule: You or your provider may ask Amerigroup to approve a service that is not a covered benefit. For adults, this is called an Exception to Rule (ETR).

- It must be asked for before you get the service.
- To be approved, your provider must give us documentation that your condition is so different from most people.
- No other covered, less costly service will meet your need.
- The request must meet the rules in Washington Administrative Code (WAC) 182-501-0160 for approval.

ETR decisions are final and cannot be appealed.

Appeal: You may ask for an appeal, State Administrative Hearing, and then Independent Review to make sure we correctly determined the service is not covered. You can ask for an appeal at the same you or your provider asks for an Exception to Rule.

Limited Benefit:

Limitation Extension: Your provider may ask Amerigroup 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

GRIEVANCE AND APPEAL PROCESS AMERIGROUP WASHINGTON

benefit allows. This is called a Limitation Extension (LE). To be approved, it must meet the rules in Washington Administrative Code (WAC) 182-501-0169:

- It must be asked for before you get more of the service.
- Your condition must show it is improving due to the services you have already received.
- Your condition must show it will likely continue to improve with more services, and that it will likely worsen without continued services.

You can ask for an appeal at the same time as your provider asks for a Limitation Extension.

Funding for some services is limited by available money: If you receive services that are paid for by Medicaid dollars, you have the right to appeal a decision that stops or limits those services. Some services are paid for with State-only or Federal block grant dollars. If the State-Only or block grant money runs out, we cannot approve the service for you even if we agree the services are needed. There is no appeal process if a service is ended due to State-Only or block grant money running out. You will be notified if this situation applies to you.

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES AMERIGROUP WASHINGTON

¿A quién llamo de mi plan de salud para pedir ayuda?

Si necesita ayuda, llame al 1-800-600-4441 o al 711 si es usuario de TTD/TTY. Mantendremos la privacidad de su información.

Para presentar una queja o una apelación, comuníquese con:

ATTN: Appeals Dept.
Amerigroup Washington
705 5th Ave. S., Ste. 300
Seattle, WA 98104

Sitio Web: www.myamerigroup.com/WA
Teléfono: **1-800-600-4441 (TTY 711)**
Fax: **1-855-292-3770**

PROCESO DE QUEJA: ¿Cómo presento un reclamo?

Las quejas son reclamos sobre lo siguiente:

1. la forma en la que lo atendieron;
2. la calidad del cuidado o de los servicios que recibió;
3. problemas para recibir cuidados;
4. cuestiones relacionadas con la facturación.

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 1-800-600-4441 (TTY 711). Le informaremos que recibimos su queja en un plazo de dos días hábiles. Intentaremos ocuparnos de ella de inmediato. Resolveremos su queja en un plazo de 45 días y le informaremos la resolución que hayamos tomado.

Si usted tiene necesidades de cuidado de la salud, el defensor puede ayudarlo a responder sus preguntas y a presentar una queja. Si desea conocer cómo comunicarse con su defensor local, llame al 1-800-600-4441 (TTY 711) o visite www.myamerigroup.com/WA.

PROCESO DE APELACIÓN: ¿Cómo solicito la revisión de un servicio denegado?

Una apelación es una solicitud para revisar la denegación de un servicio o referido. Puede apelar nuestra decisión si denegamos, redujimos o suspendimos un servicio antes de tiempo. A continuación, le detallamos los pasos del proceso de apelación:

PASO 1: Apelación ante Amerigroup

PASO 2: Audiencia administrativa estatal

PASO 3: Revisión independiente

PASO 4: Juez de revisión de la Junta de Apelaciones de la Health Care Authority (HCA)

Continuación de los servicios durante el proceso de apelación

Si desea continuar recibiendo servicios que ya fueron aprobados mientras revisamos su apelación, nos lo debe informar en el plazo de los 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de denegación. Si la decisión final del proceso de apelación confirma nuestra decisión, puede que tenga que pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES AMERIGROUP WASHINGTON

PASO 1: Apelación ante Amerigroup ¿Cómo solicito una apelación?

Usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de denegación de Amerigroup para solicitar una apelación. Usted o su representante pueden solicitar una apelación por teléfono, de forma personal o por escrito. Si solicita una apelación por teléfono, debe enviar también una solicitud firmada por escrito. Puede enviarnos información adicional para respaldar su apelación por teléfono, de forma personal o por escrito. Le informaremos por escrito que recibimos su apelación en un plazo de cinco días calendario. Amerigroup puede ayudarlo a presentar su apelación. En caso de que necesite ayuda para presentar una apelación, llame al **1-800-600-4441 (TTY 711)**.

PASO 1: Solicitar una apelación ante Amerigroup

Teléfono: 1-800-600-4441 (TTY 711)

Fax: 1-844-759-5953

Dirección: **ATTN: Appeals Dept.
Amerigroup Washington
705 5th Ave. S., Ste. 300
Seattle, WA 98104**

Usted puede escoger a alguna persona, incluso un abogado o proveedor, para que lo represente y actúe en su nombre. Debe firmar un formulario de consentimiento para autorizar que esta persona lo represente. Amerigroup no cubre ninguna tarifa o pago para sus representantes. Esa es su responsabilidad.

Antes o durante el proceso de apelación, usted o su representante pueden solicitar copias de todos los documentos del archivo de esta apelación, además de las pautas y las disposiciones de beneficios utilizados para tomar esta decisión. Estos documentos se le proporcionarán sin costo alguno. Amerigroup le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de 14 días calendario, a menos que le digamos que necesitamos más tiempo. La revisión no llevará más de 28 días calendario. Mantendremos la privacidad de su apelación.

Si usted o su representante desean que la decisión se tome rápido porque su salud está en riesgo, llame al 1-800-600-4441 (TTY 711) para solicitar una revisión rápida (llamada “revisión acelerada”) de la denegación. Puede solicitar una revisión rápida si su salud mental o física está en grave riesgo o si hay que autorizar un medicamento para la salud mental. Puede presentar una apelación acelerada de forma verbal o por escrito. Si presenta una apelación acelerada de forma verbal, no es necesario realizar un seguimiento por escrito. Amerigroup se comunicará con usted en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de revisión acelerada.

Si solicita una apelación acelerada, pero Amerigroup decide que su salud no está en riesgo, seguiremos los plazos habituales de apelación. Le enviaremos una carta con la decisión y el motivo del cambio en el plazo de los dos días calendario a partir de su solicitud de apelación.

El plazo acelerado puede extenderse hasta 14 días calendario en caso de que se necesite información adicional para procesar su apelación; la demora redundará en su beneficio. Si Amerigroup extiende el plazo, le enviaremos una carta en el plazo de los dos días calendario a partir de su

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES AMERIGROUP WASHINGTON

solicitud de apelación. Le informaremos el motivo por el cual se necesita la extensión. Usted también puede solicitar una extensión.

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

Si no está de acuerdo con la decisión de Amerigroup sobre la apelación, puede solicitar una audiencia administrativa estatal. Debe completar el proceso de apelación de Amerigroup antes de poder solicitar una audiencia. Debe solicitar la audiencia en el plazo de los 120 días calendario a partir de la fecha de la carta con la decisión de la apelación. Cuando solicita una audiencia, tiene que informar el servicio que fue denegado, cuándo fue denegado y por qué. Su proveedor no puede solicitar una audiencia en su nombre. Si su salud está en riesgo, puede solicitar una decisión rápida.

PASO 2: Solicitar una audiencia administrativa estatal

Comuníquese con la Office of Administrative Hearings (OAH)
Teléfono: 1-800-583-8271
Dirección: P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

Puede consultar con un abogado o tener un representante en la audiencia. Si necesita ayuda para conseguir un abogado, consulte con la oficina de servicios legales más cercana o llame a la línea de NW Justice CLEAR al 1-888-201-1014, o bien visite su sitio web: www.nwjustice.org.

Si su salud está en riesgo, puede solicitar una decisión rápida. Un juez tomará una decisión en un plazo de cuatro días hábiles a partir de la recepción de la solicitud. Si el juez decide que su salud no está en riesgo, la OAH lo llamará y le enviará una carta en un plazo de cuatro días hábiles a partir de la recepción de su solicitud. Su audiencia cambiará al plazo habitual.

PASO 3: Revisión independiente: ¿Cómo solicito una revisión independiente?

Una revisión independiente es una revisión realizada por un doctor o un especialista que no trabaja para Amerigroup. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia estatal, puede solicitar una revisión independiente en el plazo de los 21 días calendario a partir de la decisión de la audiencia, o bien puede pasar directamente al paso 4. Llame al 1-800-600-4441 (TTY 711) para solicitar ayuda. Si su salud está en riesgo, puede solicitar una decisión rápida. Nos debe proporcionar cualquier información adicional que desee que examinemos en el plazo de los cinco días a partir de la solicitud de la revisión independiente. Si solicita esta revisión, su caso se derivará a una Organización de Revisión Independiente (IRO) en un plazo de tres días hábiles. Este servicio es gratuito. Amerigroup le informará acerca de la decisión.

PASO 3: Solicitar una revisión independiente

Comuníquese con Amerigroup
Teléfono: 1-800-600-4441 (TTY 711)
Fax: 1-844-759-5953
Dirección: **ATTN: Appeals Dept.
Amerigroup Washington
705 5th Ave. S., Ste. 300
Seattle, WA 98104**

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES AMERIGROUP WASHINGTON

PASO 4: Junta de Apelaciones de la Health Care Authority (HCA): ¿Cómo solicito una nueva revisión legal?

Puede solicitar una revisión final de su caso por parte de un juez de revisión de la Junta de Apelaciones de la HCA. Debe solicitarla en el plazo de los 21 días calendario después de que le comuniquen la decisión de la IRO por correo postal. La decisión de la Junta de Apelaciones de la HCA es definitiva.

PASO 4: Solicitar una revisión de la Junta de Apelaciones de la HCA

Teléfono: (360) 725-0910; línea gratuita: (844) 728-5212

Fax: (360) 507-9018

Dirección: P.O. Box 42700, Olympia, WA 98504-2700

INFORMACIÓN ADICIONAL

Facturación de servicios: Si recibe una factura por servicios de cuidado de la salud, llame al 1-800-600-4441 (TTY 711).

Segunda opinión: Usted puede obtener una segunda opinión sobre su cuidado de la salud o su afección en cualquier momento. Para averiguar cómo obtener una segunda opinión, llame al 1-800-600-4441 (TTY 711).

Niños menores de 21 años: El beneficio de Examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) brinda servicios de cuidado de la salud preventivos e integrales para niños menores de 21 años que tienen cobertura de Medicaid. Se les exige a las organizaciones de atención administrada (MCO) que proporcionen cualquier servicio de cuidado de la salud adicional que esté cubierto conforme al programa federal de Medicaid y sea necesario por motivos médicos para tratar, corregir o aliviar enfermedades y afecciones identificadas. Si se deniega un servicio cubierto y necesario por motivos médicos, le informarán acerca de sus derechos a apelar. El proceso de Excepción a la regla (ETR) no se aplica a los niños menores de 21 años.

Beneficios no cubiertos

Excepción a la regla: Usted o su proveedor pueden solicitar a Amerigroup que apruebe un servicio que no sea un beneficio cubierto. En el caso de los adultos, esto se denomina una Excepción a la regla (ETR).

1. Debe solicitarse antes de que usted reciba el servicio.
2. Para que se apruebe, su proveedor debe otorgarnos documentación que indique que su afección es muy distinta a la de la mayoría de las personas.
3. No hay ningún otro servicio cubierto y menos costoso que satisfaga su necesidad.
4. La solicitud debe cumplir con las normas del Código Administrativo de Washington (WAC) 182-501-0160 para que se apruebe.

Las decisiones de ETR son finales y no se pueden apelar.

Apelación: Usted puede solicitar una apelación, una audiencia administrativa estatal y luego

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES AMERIGROUP WASHINGTON

una revisión independiente para asegurarse de que hayamos determinado correctamente que el servicio no está cubierto. Puede solicitar una apelación al mismo que tiempo que su proveedor solicita una Excepción a la regla.

Beneficio limitado:

Extensión de limitación: Su doctor puede solicitar a Amerigroup que apruebe más servicios para usted que los permitidos por su paquete de beneficios. Esta solicitud puede estar relacionada con un mayor alcance, cantidad, duración o frecuencia en la prestación de un servicio. Por ejemplo, puede solicitar más visitas de fisioterapia para adulto que las 12 visitas que permite el beneficio. Esto se denomina una Extensión de limitación (LE). Para que la aprobemos, su solicitud debe cumplir con las normas del Código Administrativo de Washington (WAC) 182-501-0169:

1. Debe solicitarse antes de que usted continúe recibiendo el servicio.
2. Debe demostrar que su afección está mejorando gracias a los servicios que ya ha recibido.
3. Debe demostrar que es probable que su afección continúe mejorando con más servicios y que empeore sin la continuación de los servicios.

Puede solicitar una apelación al mismo que tiempo que su proveedor solicita una Extensión de limitación.

La financiación de algunos servicios está limitada por la cantidad de dinero disponible: Si usted recibe servicios que se pagan con dinero de Medicaid, tiene derecho a apelar la decisión que interrumpe o limita dichos servicios. Algunos servicios se pagan con dinero del estado únicamente o con una subvención federal. Si estos fondos se agotan, no podremos aprobar el servicio que solicita, incluso aunque consideremos que es necesario. No hay ningún proceso de apelación aplicable si un servicio se interrumpe porque el dinero del estado o la subvención federal se agotan. Se le notificará si esto sucede.