

CLEAR HEALTH ALLIANCE MEMBER APPEAL PROCESS
Statewide Medicaid Managed Care
Managed Medical Assistance (SMMC MMA) Program

If payment for a service you asked for has been denied, limited, reduced, suspended or terminated, we'll send you a Notice of Adverse Benefit Determination letter. If you want to appeal our decision, you must appeal within 60 calendar days from the date you got the Notice of Adverse Benefit Determination letter. An appeal is when you ask Clear Health Alliance to look again at the care we said we wouldn't pay for.

If you don't understand why we won't pay for the service, ask us to send you more information. Call 1-844-406-2398 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.

I want to ask for an appeal. How do I do it?

You can file an appeal verbally (orally) or in writing within 60 calendar days of the date you got your Notice of Adverse Benefit Determination letter. The date of the oral notice will be the date we get it.

There are three ways to ask for an appeal.

1. Mail or fax your request and medical information to:
Medical Appeals
Grievance and Appeals Coordinator
Clear Health Alliance
4200 W. Cypress St., Suite 900
Tampa, FL 33607-4173
Fax: 1-866-216-3482
2. Call 1-844-406-2398 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time. Ask for the grievance and appeals coordinator.
3. Email your request and medical information to:
flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com.

If you have a special need, we can help file your appeal. Call 1-844-406-2398 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time. Ask for the grievance and appeals coordinator.

Someone else can help you with your appeal also. This could be a family member, a friend, your provider or a lawyer.

What else do I need to know?

When we get your appeal, we'll send you a letter within five business days. This will tell you we got your appeal. You can talk to the doctor who looks at your case. We can help make sure you can meet with or talk to him or her.

You can ask for a free copy of the guidelines, medical records or other information used for this ruling. Call 1-844-406-2398 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time. Ask for the grievance and appeals coordinator.

We'll tell you what our ruling is within 30 calendar days of getting your appeal request.

We can add up to 14 calendar days to an appeal review. This is called an extension. This may happen if:

- You ask for an extension.
- CHA needs more information and the delay is in your interest.

If the appeal review time is extended other than because you asked for it, CHA will call you on the same day of our decision and send you a letter within 2 days of our decision.

What if I have more information to give you?

If you have more information to give us, bring it or mail it to:

Medical Appeals
Grievance and Appeals Coordinator
Clear Health Alliance
4200 W. Cypress St., Suite 900
Tampa, FL 33607-4173

What can I do if I think I need an expedited (rushed) appeal?

You can ask for an expedited (rushed) appeal if you think the time for a standard appeal process could cause serious harm to your:

- Life or
- Health or
- Ability to attain, maintain or regain maximum function.

You can also ask for an expedited appeal if the doctor who treats this medical condition believes the time for a standard appeal will cause you severe pain. Severe pain is pain that can't get better without the service mentioned in this appeal. An expedited appeal will be handled within 48 hours.

You can ask for an expedited appeal by calling Member Services at 1-844-406-2398 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time. Ask for the grievance and appeals coordinator.

What if my services were reduced, suspended or terminated and I want to keep getting them during my appeal?

If we reduced, suspended or terminated payment for a service you're getting and you want to keep getting it during your appeal, you must call CHA. You must call within ten business days after the Notice of Adverse Benefit Determination is mailed or within ten business days after the intended effective date of the action, whichever is later.

We'll approve the service until one of the below happens:

- You withdraw your appeal
- You don't ask for a fair hearing and continuation of your benefits within 10 calendar days of when the Notice of Adverse Benefit Determination is mailed

What can I do if CHA still will not pay?

You have a right to ask for a Medicaid fair hearing. You don't need to ask for an appeal before you ask for a Medicaid fair hearing. If you want to get a Medicaid fair hearing, you must ask no later than 120 calendar days of getting our letter that says we won't pay for a service.

The Medicaid Fair Hearing Unit is not part of CHA. They look at Florida Medicaid member appeals. We'll give them information about your case, including the information you've given us.

How do I contact the state for a fair hearing?

You can contact the Medicaid Hearing Unit at any time after receiving a Notice of Plan Appeal resolution.

Agency for Health Care Administration
Medicaid Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906

1-877-254-1055 (*toll-free*)
239-338-2642 (*fax*)

MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

CHA will pay for disputed services you received while the appeal was pending. CHA may require you to pay for the cost of those you got during the appeal if the Medicaid Fair Hearing agrees with the CHA decision.

Enclosure(s): Get help in another language
Nondiscrimination notice
[Additional enclosures]

**PROCESO DE APELACIÓN PARA AFILIADOS DE
CLEAR HEALTH ALLIANCE
Programas Statewide Medicaid Managed Care Managed Medical
Assistance (SMMC MMA) y
Statewide Medicaid Managed Care Long-term Care (SMMC LTC)**

Si se le ha denegado, limitado, reducido, suspendido o cancelado el pago de un servicio que usted solicitó, le enviaremos una carta de Notificación de determinación adversa sobre beneficios. Si desea apelar nuestra decisión, debe hacerlo dentro del plazo de 60 días calendario desde la fecha en que recibió la carta de Notificación de determinación adversa sobre beneficios. Una apelación se produce cuando usted solicita a Clear Health Alliance que reconsidere el cuidado que nosotros dijimos que no pagaríamos.

Si no entiende el motivo por el cual no pagamos por el servicio, pídanos que le enviemos más información. Llame al 1-844-406-2398 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Este.

Quiero solicitar una apelación. ¿Cómo lo hago?

Puede presentar una apelación en forma verbal (oralmente) o por escrito dentro de un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que recibió la carta de Notificación de determinación adversa sobre beneficios.

Existen tres formas de solicitar una apelación.

1. Puede enviar por correo postal o fax su solicitud y su información médica a:
Medical Appeals
Grievance and Appeals Coordinator
Clear Health Alliance
4200 W. Cypress St., Suite 900
Tampa, FL 33607-4173
Fax: 1-866-216-3482
2. Puede 1-844-406-2398 (TTY 711) llamar de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Este. Solicite hablar con el coordinador de quejas y apelaciones.
3. Envíe su solicitud y su información médica por correo electrónico a:
flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com.

Si tiene necesidades especiales, podemos ayudarle a presentar una apelación. Llame al 1-844-406-2398 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Este. Solicite hablar con el coordinador de quejas y apelaciones.

También puede ayudarle otra persona con su apelación. Puede ser un familiar, un amigo, su proveedor o un abogado.

¿Qué más debo saber?

Cuando recibamos su apelación, le enviaremos una carta en cinco días hábiles. La carta le informará que recibimos su apelación. Puede hablar con el doctor que analiza su caso. Podemos ayudarlo a que se reúna o hable con el doctor.

Puede solicitar una copia gratuita de las pautas, los registros médicos u otra información usada para tomar esta decisión. Llame al siguiente número, 1-844-406-2398 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Este. Solicite hablar con el coordinador de quejas y apelaciones.

Le indicaremos cuál es nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la solicitud de apelación.

Podemos tardar hasta 14 días calendario más para revisar una apelación. Esto se conoce como una extensión. Esto puede ocurrir si:

- Usted solicita una extensión.
- CHA necesita información adicional y la demora es conveniente para usted.

Si se extiende el tiempo de revisión y usted no solicitó que fuera así, CHA lo llamará el mismo día que tomemos la decisión y le enviará una carta dentro de los 2 días a partir de ese momento.

¿Qué sucede si tengo información adicional para brindarles?

Si tiene más información para darnos, tráigala o envíela por correo postal a la dirección:

Medical Appeals
Grievance and Appeals Coordinator
Clear Health Alliance
4200 W. Cypress St., Suite 900
Tampa, FL 33607-4173

¿Qué puedo hacer si creo que necesito una apelación acelerada (rápida)?

Puede solicitar una revisión acelerada (rápida) si usted considera que los plazos del proceso de apelación estándar podrían ocasionarle un daño grave a algunos de los siguientes:

- Su vida o
- Su salud o
- Su habilidad de alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones.

También puede solicitar una apelación acelerada si el doctor que lo trata por esta afección cree que los plazos de apelación estándar pueden ocasionarle dolor grave. Un dolor grave es aquel que no mejora sin el servicio que se menciona en esta apelación. La apelación acelerada se resuelve en un plazo de 48 horas.

Puede solicitar una apelación acelerada llamando a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2398 (TTY 711) lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Este. Solicite hablar con el coordinador de quejas y apelaciones.

¿Qué hago si, durante la revisión de mi apelación, quiero continuar recibiendo un servicio que fue reducido, suspendido o cancelado?

Si le redujimos, suspendimos o cancelamos el pago de un servicio que está recibiendo y quiere continuar recibéndolo durante su apelación, debe llamar a CHA. Debe llamar en un plazo de diez días hábiles desde la fecha en que recibió la Notificación de determinación adversa sobre beneficios o diez días hábiles desde la fecha prevista de entrada en vigor de la acción, lo que ocurra después.

Aprobaremos el servicio hasta que ocurra una de estas situaciones:

- Usted retire su apelación
- Usted no solicite una audiencia imparcial y la continuación de sus beneficios dentro de los 10 días calendario desde la fecha en que recibió la Notificación de determinación adversa sobre beneficios

¿Qué puedo hacer si CHA aún decide no pagar?

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. No es necesario que presente una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. Si quiere solicitar una audiencia imparcial de Medicaid, debe hacerlo antes de los 120 días calendario de haber recibido nuestra carta en la que le informamos que no pagaremos un servicio.

La Unidad de Audiencias Imparciales de Medicaid no es parte de CHA. Esta unidad se ocupa de las apelaciones de los afiliados de Medicaid Florida. Le brindaremos información sobre su caso, incluida la información que usted nos brindó a nosotros.

¿Cómo me comunico con el estado para solicitar una audiencia imparcial?

Puede comunicarse con la Unidad de Audiencias Imparciales de Medicaid en cualquier momento después de haber recibido una notificación de apelación del plan.

Agency for Health Care Administration
Medicaid Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906

1-877-254-1055 (*línea gratuita*)
239-338-2642 (*fax*)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

CHA pagará por los servicios cuestionados que recibió mientras la apelación estaba pendiente. CHA podría exigir que usted pague el costo de los servicios que recibió durante la apelación si la audiencia imparcial de Medicaid ratifica la decisión de CHA.

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas
 Aviso de no discriminación
 [Additional enclosures]