#5 NOA TIMELY ACCESS

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
RELACIONADA CON UN ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS

FECHA: _____

A: [Member's Name/ ID Number]

DE: [Name of Contact Person]
[MCO Name]
[Address]
[Telephone Number]

Usted recientemente dijo a [MCO Name] que usted no pudo obtener lo(s) siguiente artículos o servicio cubiertos:

_____

_____

_____

[describe service(s) or good(s) that Member has not been able to access]:

[MCO Name] no denegó este servicio, pero como usted no pudo obtener el servicio usted tiene el derecho a apelar y a una audiencia. Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveerle a usted con servicios de una manera oportuna. Esto significa que usted tiene el derecho de obtener una cita en un periodo de tiempo razonable. El tiempo depende del tipo de servicio. [MCO Name] debe proveerle a usted con el servicio que usted solicitó en el periodo de tiempo establecido abajo:

[CHECK APPLICABLE SERVICE - DELETE ANY THAT DO NOT APPLY]

☐ ***Emergencia:*** Cuando usted necesita servicios de emergencia, usted debe recibirlo **inmediatamente**.

☐ ***Cuidado urgente:*** Usted debe recibir cuidado urgente a **cuarenta y ocho (48) horas** de llamar a su proveedor de cuidado primario.

☐ ***Cuidado de rutina:*** Usted debe recibir una cita para cuidado de rutina (cuidado para un síntoma o enfermedad que no es urgente o emergente) a **diez (10) días** de llamar a su proveedor de cuidado primario.

☐ ***Buen Cuidado:*** Usted debe recibir buen cuidado (regular, visitas preventivas) en **6 semanas** desde el momento en que usted llama a su proveedor de cuidado.

☐ ***Dental:*** Usted debe recibir cuidado dental de rutina/preventivo en **6 semanas**.

☐ ***Especialista:*** Usted debe poder obtener una cita con un especialista en **tres meses** después de que su PCP hace el referido.

Su derecho al acceso oportuno de servicios está basado en 42 CFR 438.400 (b) (4) y Sección 6.02 (a) (5) y Sección 3.14 o 3.21 del contrato de HUSKY A entre DSS y [MCO Name]. [MCO Name] CONTINUARA A TRABAJAR CON USTED PARA OBTENERLE LOS SERVICIOS NECESARIOS, PERO MIENTRAS TANTO, USTED TIENE EL DERECHO A APELAR LA TARDANZA EN OBTENER SERVICIOS.

VEA EL LADO INVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO PEDIR UNA APELACION.

#5 NOA TIMELY ACCESS

NOTA: Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho de repasar su expediente y todos los documentos relacionados a los esfuerzos de [MCO Name] para ayudarle a obtener estos servicios.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación acelerada es necesaria o su proveedor debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que en tres días de negocio después que [MCO Name] decide su apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [Name of MCO] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

NOTICE OF ACTION
FOR CHANGE OR TERMINATION OF APPROVED SERVICES OR GOODS

DATE: _____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

Effective [effective date, at least ten (10) days later than the mailing of the notice of action or no later than the date of action if the reduction, suspension, or termination is not subject to the advance notice requirements] [services or goods] that you have been receiving will be [reduced to ….., terminated, or suspended until …..], for the following reason(s) (one or more could be checked if applicable):

[Identify alternative service or good] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ The service(s) or good(s) is [are] no longer medically necessary for you because; Explain:
_____
_____

Deleted: -

☐ You are no longer eligible for Medicaid.

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services that are "medically necessary." Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or help a medical condition or mental illness;
2. Keep you as healthy as possible; or
3. Diagnose a condition or illness or keep a condition or illness from happening.

The services that you receive must also be "medically appropriate." Medically appropriate care is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different treatments or services.

There are also special Medicaid rules ("EPSDT") regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S. C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults.

This change in your service(s) or good(s) is based on [cite applicable DSS regulation].

SEE THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL.

[PAGE BREAK]

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS). YOU ALSO HAVE A RIGHT TO KEEP RECEIVING FROM THE SAME PROVIDER ANY SERVICES OR GOODS [MCO NAME] ALREADY APPROVED IF YOU APPEAL THIS DECISION ON OR BEFORE THE EFFECTIVE DATE LISTED ON THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE OR WITHIN TEN (10) DAYS FROM THE MAILING OF THIS NOTICE, WHICHEVER IS LATER.

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached request form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your doctor must tell us why an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after you request the appeal. If the appeal decision is not in your favor, you will get an expedited hearing. DSS will issue a hearing decision no more than three days after the MCO appeal decision.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services the Commission on Human Rights and Opportunities, or the U.S. Department of Health and Human Services.

#1 Hearing Request Denial Shortened

[MCO NAME]
APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM
FOR DENIED SERVICES OR GOODS

TO: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street, 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

This form should be used if you disagree with your MCO's decision. Please mail or fax the form to DSS. **This request must be postmarked or received by DSS within sixty (60) days from the date the MCO mailed the notice of action. If not, you will lose your right to challenge the denial.**

FROM:_____ _____
Member's Name Member's Identification #

_____ _____
Name of Member's Parent or Guardian (if applicable) Members Medicaid ID #

_____
Contact Address (Street Name and #)

_____
City State Zip code

Phone #: _____ _____
Member/Parent/Guardian **(Day #)** Member/Parent/Guardian **(Night #)**

I want an [MCO NAME] appeal and a DSS administrative hearing on denial of the following health services:
_____

Please state why you feel the services should not be denied:
_____
_____
_____

I also give permission to [MCO NAME] to release / request any medical or other information necessary to process this appeal.

_____ _____
Member/Parent/Guardian Signature Date

Note: There are two steps in the appeal/administrative hearing process. Sending this form to DSS will start both steps. ***See the "What You Should Know" information sheet for an explanation of the two steps.***

Please check any of the following that apply:

☐ I do not speak English and will need a translator at the hearing. I speak:_____

☐ I want to meet with or speak by phone with a [MCO NAME] representative who will be involved in my appeal.

☐ I want to provide [MCO NAME] with additional written material concerning my appeal.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your doctor must tell us that an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives this request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal.

Please check if applicable and explain your request below:

☐ I request an expedited appeal and DSS hearing because it would be a serious risk to my life or health or ability to function to wait for a regular decision.

Please explain (or ask your provider to explain) the reason why you need an expedited appeal/hearing:

_____

_____

_____

If your provider thinks you need an expedited appeal, they can also call [MCO NAME APPEAL CONTACT] at 1-800-XXX-XXXX to ask [MCO NAME] to expedite your appeal.

If you have any questions concerning this request form, you may contact: [MCO NAME] Member Services at 1-800-XXX-XXXX. This information is available in other formats: Call MCO Member Services or TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

[MCO NAME]
APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM
FOR TIMELY ACCESS TO SERVICES

TO: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

This form should be used if you have not been able to get access to a Medicaid service on a timely basis. Please mail or fax the form to DSS.

This request must be postmarked or received by DSS within sixty (60) days from the date the MCO mailed the notice of action. If not, you will lose your right to a hearing.

FROM:_____ _____
Member's Name Member's Identification #

_____ _____
Name of Member's Parent or Guardian (if applicable) Members Medicaid #

_____
Contact Address (Street Name and #)

_____ _____
City State Zip code Date

Phone #: _____ _____
Member/Parent/Guardian **(Day #)** Member/Parent/Guardian **(Night #)**

I want a [MCO NAME] appeal and a DSS administrative hearing on the failure to get timely access to the following health services: _____

Please describe the steps you or others have taken to try to get this service:
_____
_____
_____

I also give permission to [MCO NAME] to release any medical or other information necessary to process this appeal.

_____
Member/Parent/Guardian Signature

Note: There are two steps in the appeal/administrative hearing process. Sending this form to DSS will start both steps. ***See the "What You Should Know" information sheet for an explanation of the two steps.***

10 - Hearing Request -Timely Access

Please check any of the following that apply:

☐ I do not speak English and will need a translator at the hearing. I speak:_____

☐ I want to meet with or speak by phone with a [MCO NAME] representative who will be involved in my appeal.

☐ I want to provide [MCO NAME] with additional written material concerning my appeal.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your doctor must tell us that an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives this request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after the MCO decides your appeal.

Please check if applicable and explain your request below:

☐ I request an expedited appeal and DSS hearing because it would be a serious risk to my life or health or ability to function to wait for a regular decision.

Please explain (or ask your provider to explain) the reason why you need expedited appeal/hearing:
_____
_____
_____

If your provider thinks you need an expedited appeal, they can also call [MCO NAME APPEAL CONTACT] at 1-800-XXX-XXXX to ask [MCO NAME] to expedite your appeal.

If you have any questions concerning this request form, you may contact: [MCO NAME] Member Services at 1-800-XXX-XXXX. This information is available in other formats: Call MCO Member Services or TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

#12 Hearing Request - Payment Denial

[MCO NAME]
APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM
FOR DENIAL OF PAYMENT

TO: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

This form should be used if you have want to appeal [MCO NAME']s denial of payment for a good or service that you received. Please mail or fax the form to DSS.

This request must be postmarked or received by DSS within sixty (60) days from the date the MCO mailed the notice of action. If not, you will lose your right to challenge the denial.

FROM:_____ _____
Member's Name Member's Identification #(Client ID#)

_____ _____
Name of Member's Parent or Guardian (if applicable) Member's Medicaid #

_____
Contact Address (Street Name and #)

_____
City State Zip code

Phone #: _____ _____
Member/Parent/Guardian **(Day #)** Member/Parent/Guardian **(Night #)**

I want a [MCO NAME] appeal and a DSS administrative hearing on [MCO NAME]s decision to deny payment for the following service[s] or good[s]:
_____

Please explain why you disagree with the denial:
_____
_____

I also give permission to [MCO NAME] to release any medical or other information necessary to process this appeal.

_____ _____
Date Member/Parent/Guardian Signature

This denial is based on: [CITE DSS REGULATION]

#12 Hearing Request - Payment Denial

Note: There are two steps in the appeal/administrative hearing process. Sending this form to DSS will start both steps. ***See the enclosed "What You Should Know" information sheet for an explanation of the two steps.***

Please check any of the following that apply:

☐ I do not speak English and will need a translator at the hearing. I speak:_____

! I want to meet with or speak by phone with a [MCO NAME] representative who will be involved in my appeal.

! I want to provide [MCO NAME] with additional written material concerning my appeal.

If you have any questions concerning this request form, you may contact: [MCO NAME] Member Services at 1-800-XXX-XXXX. This information is available in other formats: Call MCO Member Services or TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

#2 Hearing Request - T, S, R

[MCO NAME]
APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM
FOR CHANGE OR TERMINATION OF APPROVED SERVICES OR GOODS

TO: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street, 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

This form should be used if you disagree with your MCO's decision. Please mail or fax the form to DSS. **This request must be postmarked or received by DSS within sixty (60) days from the date the MCO mailed the notice of action. If not, you will lose your right to challenge the change in services.**

FROM:_____ _____
Member's Name Member's Identification #

_____ _____
Name of Member's Parent or Guardian (if applicable) Member's Medicaid #

_____
Contact Address (Street Name and #)

_____
City State Zip code

Phone #: _____ _____
Member/Parent/Guardian **(Day #)** Member/Parent/Guardian **(Night #)**

I want a [MCO NAME] appeal and a DSS administrative hearing on the decision to change the following health services: _____

Please state why you feel the services should not be changed:
_____
_____

I request that my services continue unchanged until a final decision on my appeal and hearing. [MCO NAME] is required to continue any services it already approved if this request is postmarked or received on or before the effective date of the proposed change or within **ten (10) days** of the date of [MCO NAME]'s mailing of the notice, whichever is later.

I also give permission to [MCO NAME] to "release / request" any medical or other information necessary to process this appeal.

_____ _____
Member/Parent/Guardian Signature Date

Note: There are two steps in the appeal/administrative hearing process. Sending this form to DSS will start both steps. *See the "What You Should Know" information sheet for an explanation of the two steps*.

Please check any of the following that apply:

☐ I do not speak English and will need a translator at the hearing. I speak:_____

☐ I want to meet with or speak by phone with a [MCO NAME] representative who will be involved in my appeal.

☐ I want to provide [MCO NAME] with additional written material concerning my appeal.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your doctor must tell us that an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives this request. If your hearing is expedited, DSS will make it's decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal.

Please check if applicable and explain your request below:

☐ I request an expedited (quicker) appeal and DSS hearing because it would be a serious risk to my life or health or ability to function to wait for a regular decision.

Please explain (or ask your provider to explain) the reason you need an expedited appeal/hearing:

_____

_____

If your provider thinks you need an expedited appeal, they can also call [MCO NAME APPEAL CONTACT] at 1-800-XXX-XXXX to ask them to expedite your appeal.

If you have any questions concerning this request form, you may contact: [MCO NAME] Member Services at 1-800-XXX-XXXX. This information is available in other formats: Call MCO Member Services or TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

NOTICE OF ACTION
FOR DENIED SERVICES OR GOODS

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]
[Address]

FROM: [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

Your Provider's Request for Authorization for _____ [describe service(s) or good(s)] is denied or partially denied for the following reason(s) (one or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply):

☐ The service(s) or good(s) requested is [are] not a covered service(s) or good(s);
Explain: _____

☐ The service or good your provider requested is not medically necessary because another service or good is medically appropriate for you.
Explain:_____
_____

☐ [Identify alternative service or good] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ The service(s) or good(s) requested is of an unproven, research, or experimental nature;
Explain: _____

☐ We have not received enough information from your provider to show that the service(s) or good(s) is [are] medically necessary for you. Your provider must give us information that shows that the service(s) or good(s) is [are] medically necessary.; Explain:
_____

☐ The service(s) or good(s) requested is [are] not medically necessary for you because: Explain:
_____
_____

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services that are "medically necessary."* Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or lessen the effects of medical condition or mental illness;
2. Help you keep as healthy as possible; or
3. Diagnose a condition or illness or keep a condition or illness from happening.

The services you receive must also be "medically appropriate."* Medically appropriate care is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different, equally effective treatments or services.

* See Regulations of Connecticut State Agencies § 17b-262-523 (12) and (15).

There are also special Medicaid rules ("EPSDT") regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S.C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults.

The decision to deny your provider's request is based on [cite applicable DSS regulation].

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL.

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS).

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

You have the right to review your file and all documents [MCO NAME] relied upon in taking this action.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show us that an expedited appeal/hearing is needed or your provider must tell us why an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities, or the U.S. Department of Health and Human Services.

7 NOA PROVIDER DENIAL

NOTICE OF ACTION
FOR MEMBER REQUESTED SERVICES OR GOODS DENIED BY PROVIDER

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

You contacted us about the following goods or services_____ _____ [describe service(s) or good(s)] which your provider denied. You have asked us to review your provider's decision. We have reviewed your request and agree with your provider's decision to deny those services for the following reason(s) [(one or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply):]

! The service(s) or good(s) requested is [are] not a covered service(s) or good(s); Explain: _____

! [Identify alternative service or good] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____ _____

! [Identify alternative intensity or frequency or duration] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____ _____

! The service(s) or good(s) requested is [are] not medically necessary for you because: _____ _____

. The service(s) or good(s) requested is [are] not medically necessary for you because another service or good is medically appropriate for you;
Explain:_____ _____

☐ We have not received enough information from your provider to show that the service(s) or good(s) is [are] medically necessary for you. You or your provider must give us information that shows that the service(s) or good(s) is [are] medically necessary.

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services that are "medically necessary."* Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or lessen the effects of a medical condition or mental illness;
2. Help you keep as healthy as possible; or
3. Diagnose a condition or illness or keep a condition or illness from happening.

The services that you receive must also be "medically appropriate."* Medically appropriate care is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different, equally effective treatments or services.

* See Regulations of Connecticut State Agencies § 17b-262-523 (13) and (15).

There are also special Medicaid rules ("EPSDT") regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S. C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults. .

The decision to deny these services is based on [cite applicable DSS regulation].

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL

7 NOA PROVIDER DENIAL

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS).

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached appeal and administrative hearing request form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

You have the right to review your file and all documents [MCO NAME] relied upon in taking this action.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show us that an expedited appeal/hearing is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will decide no more than three business days after MCO issues its appeal decision.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

NOTICE OF ACTION
DENIAL / PARTIAL DENIAL OF REQUEST FOR NON-EMERGENCY MEDICAL TRANSPORTATION (NEMT)

DATE: _____

TO: [Member's Name and ID Number]

FROM: [Name of Contact Person]
[NEMT broker Name and Address]
[Telephone Number and Fax Number of NEMT broker]

Your request for NEMT to [provider name] in [provider town] made on [date] was **denied** for the following reason(s): [One or more reasons could be checked – delete any reasons that do not apply].

____ The service(s) to which you requested NEMT is (are) not covered by Medicaid. Explanation: _____

The decision to deny is based on Regulations of Connecticut State Agencies § 17-134d-33(e).

Your request for NEMT to [provider name] in [provider town] made on [date] was **partially denied**, that is, you were not provided the specific NEMT service(s) you requested, for the following reason(s):

____ The type of transportation you requested, based on the information we have, is not the least expensive, appropriate method for you. The method of transportation being approved is _____. Explanation: _____
_____

____ The service(s) to which you requested NEMT is (are) covered by Medicaid, but not at the frequency/duration you requested. The frequency/duration approved is _____.

____ The physician/other health care provider you requested is not the nearest appropriate medical provider and there is no documentation that it is necessary for you to see this particular physician/other health care provider.

____ You/your physician said that the medical appointment for [date] was not urgent, that is, you did not need to be seen within two (2) business days of your request. While we try to accommodate all requests, for non-urgent appointments, we generally need at least two (2) business days' notice in order to make necessary arrangements for your transportation.

The decision to partially deny is based on the Regulations of Connecticut State Agencies

§17-134d-33(e)(2).

SEE REVERSE SIDE TO LEARN ABOUT YOUR APPEAL RIGHTS
YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS ACTION - FOLLOW THE PROCEDURES BELOW TO APPEAL:

1. File the attached appeal and hearing request form with the Department of Social Services ("DSS"). On the form, you should state why you disagree with the Decision. **The request must be postmarked within sixty (60) days of the date the Notice was mailed (date on top of reverse side) or you may lose your right to appeal.**

2. Appeal: DSS sends a copy of your completed appeal form to [NEMT broker name]. [The NEMT broker name] must decide your appeal within thirty (30) days of its receipt, sooner if thirty (30) days ahead is later than the date on which the DSS hearing is scheduled. Before the NEMT's appeal decision is made, you have the right to meet with, speak on the telephone with, or submit additional documentation to [NEMT brokers name]. If it would be a serious risk to your health or life or could seriously affect your ability to function to wait up to thirty (30) days for a decision regarding the appeal, you may request an expedited appeal. You must show that an expedited appeal/hearing is needed. If an expedited appeal is needed, [NEMT broker name] will decide your appeal no mare than three (3) business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [NEMT broker name] decides your appeal.

3. DSS Hearing: At the same time [NEMT broker name] is considering your appeal DSS will schedule a hearing date for you and will send you notice of the hearing date. If, before the date of the hearing, [NEMT broker name] makes an appeal decision that you agree with, there will be no need for a hearing and you will need to cancel it by calling the DSS Hearing Unit at 1-800-462-0134. If, however, [NEMT broker name] does not make an appeal decision before the hearing, or makes a decision you are not happy with, you have the right to go ahead with the hearing on the scheduled date. If your appeal was expedited by [NEMT broker name] DSS will hold an expedited hearing.

4. At the DSS Hearing: The hearing is your chance to explain to DSS why you disagree with [NEMT broker]'s decision. You must be at the hearing. You can speak for yourself or you may have someone speak on your behalf, such as a friend or relative or an attorney. The more information you can provide about why you disagree with [NEMT broker]'s decision, the better it is. If you want an attorney to represent you, free legal help may be available from you local Legal Services office by calling 1-800-453-3320. A hearing decision must be made by DSS no later than ninety (90) days after the date you sent in the appeal and hearing request form. If yours was an expedited hearing, DSS will make a decision no more than three (3) business after the appeal decision.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, YOU MAY CONTACT [Name and telephone number of contact person at NEMT broker name].

You have the right to review your file and all documents [NEMT broker name] relied upon in taking this action.

NOTICE OF ACTION
TERMINATION/REDUCTION/SUSPENSION OF NON-EMERGENCY MEDICAL TRANSPORTATION ("NEMT")

DATE : _____

TO: [Member's Name and Medicaid ID Number]
[Member's Address]
[ ]

FROM: [Name of Contact Person]
[NEMT broker Name and Address]
[Telephone Number and Fax Number of NEMT broker]

THE ACTION SET FORTH IN THIS NOTICE IS EFFECTIVE ON _____.

[One or more reasons could be checked – delete any reasons that don't apply.]

[Note: The action set forth in the Notice is effective at least ten (10) days later than the date the Notice is sent to the member, unless the advance notice requirements don't apply, in which case the Notice must be mailed no later than the date the action is effective.]

As of the effective date above, the NEMT services that you have been receiving (are) will be ____ reduced; or ___ terminated; or ___ suspended for the following reason(s):

____The transportation/level of transportation you currently receive [to] [Provider Name in (as applicable)] [Provider Town (as applicable)], is no longer necessary. Explanation:

_____
_____
_____

____ The transportation/level of transportation you currently receive[to] [Provider Name in (as applicable)] [Provider Town (as applicable)], is no longer the least expensive appropriate method of transportation. Explanation:

____ The medical service from [Provider Name] in [Provider Town], to which you are transported is no longer covered by Medicaid.

____ We have not received an updated medical authorization [from Provider Name in Provider Town (as applicable)], for the services you are requesting.

____ The medical provider, [Provider Name] in [Provider Town], is no longer the nearest appropriate provider of services and traveling further distances provides no medical benefit to you.

____ Other. Explanation: _____

The decision to terminate/reduce/suspend is based on the Regulations of Connecticut State Agencies §17-134d-33(e).

SEE REVERSE SIDE TO LEARN ABOUT YOUR APPEAL RIGHTS.
YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS ACTION. FOLLOW THE PROCEDURES BELOW TO APPEAL:

1. File the attached appeal and hearing request form with the Department of Social Services ("DSS'). On the form, you should state why you disagree with the Decision. The request must be postmarked within sixty (60) days of the date the Notice was mailed (date on top of reverse side) or you may lose your right to appeal. If you file an appeal on or before the effective date listed on the other side of this notice or within 10 days of the mailing date of this notice, whichever is later, you will continue to receive your current NEMT services until a hearing decision is made.

2. **Appeal:** DSS sends a copy of your completed appeal form to [NEMT broker name]. [The NIEMT broker name] must decide your appeal within thirty (30) days of its receipt, sooner if thirty (30) days ahead is later than the date on which the DSS hearing is scheduled. Before the NEMT's appeal decision is made, you have the right to meet with, speak on the telephone with, or submit additional documentation to, [NEMT broker name]. If it would be a serious risk to your health or life or could affect your ability to function to wait up to thirty (30) days for a decision regarding the appeal, you may request an expedited appeal. You must show that an expedited appeal/hearing is needed. If an expedited appeal is needed, [NEMT broker name] will decide your appeal no more than three (3) business days after DSS receives the request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [NEMT broker name] decides your appeal.

3. DSS Hearing: At the same time [NEMT broker name] is considering your appeal, DSS will schedule a hearing date for you and will send you notice of the hearing date. If, before the date of the hearing, [NEMT broker name] makes an appeal decision that you agree with, there will be no need for a hearing and you will need to cancel it by calling the DSS Hearing Unit at 1-800-462-0134. If, however, [NEMT broker name] does not make an appeal decision before the hearing, or makes a decision you are not happy with, you have the right to go ahead with the hearing on the scheduled date. If your appeal was expedited by [NEMT Broker Name], DSS will hold an expedited hearing,

4. At the DSS Hearing: The hearing is your chance to explain to DSS why you disagree with [NEMT broker's] decision. You must be at the hearing. You can speak for yourself or you may have someone speak on your behalf, such as a friend or relative or an attorney. The more information you can provide about why you disagree with NIEMT broker]'s decision, the better it is. If you want an attorney to represent you, free legal help may be available from you local Legal Services office by calling 1-800-453-3320. A hearing decision must be made by DSS no later than ninety (90) days after the date you sent in the appeal and hearing request form. If yours was an expedited hearing, DSS will make a decision no more than three (3) business days after the appeal decision.

IF-YOU HAVE ANY QUESTIONS, YOU MAY CONTACT [Name and telephone number of contact person at NEMT broker name].

You have the right to review your file and all documents [NEMT broker name] relied upon in taking this action.

NOA REASON	REGULATORY CITATION	CONTRACT SECTION
I. **Denial of Payment** for Goods or Services: Circumstances in which Member may be held liable	Regs. Conn. State Agencies ("RCSA") 17b-262-531(l);42 C.F.R. 447.15	3.47(e)
A. NON COVERED		
Drugs Included in FDA's Drug Efficacy Study Implementation Program (**DESI**)	RCSA 17-134d-81(e)(3)(C)	Appendix A
Alcoholic Liquors	RCSA 17-134d-81(e)(3)(F)	Appendix A
Items used for personal care and **hygiene** or **cosmetic** purposes	RCSA 17-134d-81(e)(3)(I)	Appendix A
Drugs used solely to promote **fertility**	RCSA 17-134d-81(e)(3)(K)	Appendix A
Drugs not directly related to the patient's **diagnosis**, when diagnosis is required by the Department to be written on the prescription	RCSA17-134d-81(e)(3)(J)	
Any **vaccines** and/or biologicals which can be obtained **free** of charge from the CT Dept. of Public Health.	RCSA 17-134d-81(e)(3)(A); RCSA 17b-262-442(b)(physicians) - see: **www.ctmedicalprogram.com** for comparable provision for other provider categories;	Appendix A
Any drugs used in the treatment of **obesity** unless caused by a medical condition	RCSA 17-134d-81(e)(3)(B)	
Controlled substances dispensed to HUSKY members which are in **excess** of the **product manufacturer's recommendation** for safe and effective use for which there is no documentation of medical justification in the pharmacy's file	RCSA 17-134d-81(e)(3)(D).	Appendix A

Drugs used to promote **smoking cessation**	RCSA 17-134d-81(e)(3)(L)	Appendix A
IMDs – persons 21 through 65	RCSA 17b-262-502;42 CFR 441.100 and 441.151	Appendix A
Services and/or procedures considered to be on an unproven, **experimental** or research nature or **cosmetic, social habilitative, vocational, recreational or educational**	Regs. Conn. Stat. Agencies (RCSA) 17b-262-441(a) (physicians); RCSA 17b-262-531(g) (general provider requirement)	Appendix A
Services in **excess** of those deemed **medically necessary and medically appropriate** to treat the patient's condition	RCSA 17b-262-441(a) (physicians); RCSA 17b-262-531 (general provider)	Appendix A
Services **not directly related** to the patient's diagnosis, symptoms or medical history	RCSA 17b-262-441(a)	Appendix A
Any services or items furnished for which the provider does **not usually charge**	RCSA 17b-262-531(f); 17b-262-442 (physicians – exams and lab tests for preventable diseases which are furnished free of charge)	Appendix A
Medical services or procedures in the tx of **obesity,** including gastric stapling. When obesity is caused by an illness (hypothyroidism, Cushing's disease, hypothalamic lesions) or aggravates an illness (cardiac and respiratory diseases, diabetes, hypertension) services in connection with the tx of obesity could be covered	MSP 150.1E.II.g.7 (hospital)	Appendix A
Services related to **transsexual** surgery or for a procedure which is performed as part of the process of preparing an individual for transsexual	RCSA 17b-262-442(a)(physicians); MSP 150.1E.II.g.6 (inpatient hospital)	Appendix A

surgery, such as hormone therapy and electrolysis		
Services for a condition that is **not medical** in nature	RCSA 17b-262-531(b)	
Routine physical examinations requested by third parties, such as **employers** or **insurance** companies	?	
Drugs that the **FDA** has proposed to **withdraw** from the market in a notice of opportunity for hearing	?Same as DESI	
Tattoing or **tattoo** removal	See cosmetic, above	
Punch graft **hair** transplants	150.1E.II.G.5 (all hospital cosmetic/plastic hospital charges)	
Tuboplasty and sterilization reversal	MSP 150.1E.II.g.1	
Implantation of **nuclear-**powered **pacemaker**	MSP 150.1E.II.g.2.	
Nuclear powered **pacemakers**	MSP 150.1E.II.g.3	
Inpatient charges related to **autopsy**	MSP 150.1E.II.g.4	
All services or procedures of **a plastic** or **cosmetic** nature performed for reconstructive purposes, including but not limited to lipectomy, hair transplant, rhinoplasty, dermabrastion, and chernabrasion.	RCSA 17b-262-442(e) (physicians;cosmetic surgery);	
Drugs used solely to promote **fertility**	MSP 174D.III.k	Appendix A
Drugs used to promote **smoking cessation**	MSP 174D.III.l	
Services which are not within the scope of a practitinoer's practice under state law	RCSA 17b-262-526(5) (provider enrollment requirement to comply with licensure)	
Acupuncture provided outside of pain		

management therapy		
OUT OF NETWORK	42 C.F.R. 438.206(b)(4)	
OUT OF UNITED STATES (payment may only be made to providers in other states)	42 C.F.R. 431.52; RCSA 17b-262-524(b)(7); 17b-262-532(17)	
TIMELY ACCESS	42 C.F.R. 438.400(b)(4)	6.02(a)(5) and 3.14 OR 3.21 (depends on type of service)
MEMBER REQUESTED SERVICES DENIED/T, S, R BY A PROVIDER	MA or MN	
DENIED/T, S, R Medication	Non covered reasons – see above; MA or MN regulation citations on template	
DENIED/ T, S, R Transportation	See template	

#11 NOA - PHARMACY T, S, R

NOTICE OF ACTION
FOR CHANGED OR TERMINATED MEDICATION

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]
[Address]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

[Effective [DATE SUBMITTED] you received a temporary supply of the drug, [DRUG LABEL NAME] prescribed by your provider [LAST NAME, FIRST NAME].] OR [You received authorization for [DRUG LABEL NAME] through DATE] Effective, [DATE] this medication will be terminated for the following reason(s) (one or more could be checked if applicable – delete any reasons that do not apply)

☐ This drug is not medically necessary for you. Explain:
_____

☐ We have not received enough information from your provider to show that the medication is medically necessary. Your provider must give us information to show that this medication is medically necessary for you.
Explain:_____

☐ The medication your provider requested is not necessary because another medication is appropriate for you. Our medical reviewers determined that [MCO NAME] formulary includes other equally effective and medically appropriate medications to treat your condition. The formulary is a list of medication that are available to MCO NAME members without your provider getting [MCO NAME] approval.
Explain:_____
_____

The drug requested is not a covered good.
Explain:_____
_____

#11 NOA - PHARMACY T, S, R

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services, including medications, that are “medically necessary.”* Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or lessen the effects of a medical condition or mental illness;
2. Help you keep as healthy as possible; or
3. Diagnose a medical condition or mental illness or keep a condition or illness from happening.

The services you receive must also be "medically appropriate."* Medically appropriate care is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different, equally effective treatments or services.

* See Regulations of Connecticut State Agencies § 17b-262-523 (12) & (15).

There are also special Medicaid rules (“EPSDT”) regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S. C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults.

The decision to terminate this drug was based on: [CITE REGULATION]

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL.

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS). YOU HAVE A RIGHT TO KEEP RECEIVING THE MEDICATION IF YOU APPEAL THIS DECISION ON OR BEFORE THE EFFECTIVE DATE OR WITHIN TEN (10) DAYS OF THE MAILING OF THIS NOTICE, WHICHEVER IS LATER.

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

You have the right to review your final and all documents [MCO NAME] relied upon in taking this action.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show us that an expedited appeal/hearing is needed or your provider must tell us why an expedited appeal/hearing is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities, or the U.S. Department of Health and Human Services.

4 NOA T, S, R

NOTICE OF ACTION
FOR CHANGE OR TERMINATION OF APPROVED SERVICES OR GOODS

DATE: _____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

Effective [effective date, at least ten (10) days later than the mailing of the notice of action or no later than the date of action if the reduction, suspension, or termination is not subject to the advance notice requirements] [services or goods] that you have been receiving will be [reduced to ….., terminated, or suspended until …..], for the following reason(s) (one or more could be checked if applicable-delete any reasons that do not apply):

☐ [Identify alternative service or good] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ The service(s) or good(s) is [are] no longer medically necessary for you because; Explain:
_____
_____

☐ The service or good is no longer medically necessary for you because another service or good is medically appropriate for you;
Explain_____
_____

☐ We have not received enough information from your provider to show that the service(s) or good(s) are still medically necessary for you. Your provider must give us information that shows that the service(s) or good(s) will be necessary for you after the effective date of this proposed action.

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services that are "medically necessary."* Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or lessen the effects of a medical condition or mental illness;
2. Help you keep as healthy as possible; or
3. Diagnose a condition or illness or keep a condition or illness from happening.

4 NOA T, S, R

The services that you receive must also be "medically appropriate."* Medically appropriate care is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different, equally effective treatments or services.

* See Regulations of Connecticut State Agencies § 17b-262-523 (12) & (15)

There are also special Medicaid rules ("EPSDT") regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S. C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults.

This change in your service(s) or good(s) is based on [cite applicable DSS regulation].

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL.

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS). YOU ALSO HAVE A RIGHT TO KEEP RECEIVING FROM THE SAME PROVIDER ANY SERVICES OR GOODS [MCO NAME] ALREADY APPROVED IF YOU APPEAL THIS DECISION ON OR BEFORE THE EFFECTIVE DATE LISTED ON THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE OR WITHIN TEN (10) DAYS FROM THE MAILING OF THIS NOTICE, WHICHEVER IS LATER.

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached request form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

You have the right to review your case file and all documents [MCO NAME] relied upon in taking this action.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your doctor must tell us why an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will make its hearing decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services the Commission on Human Rights and Opportunities, or the U.S. Department of Health and Human Services.

NOTICE OF ACTION
REGARDING TIMELY ACCESS TO SERVICES

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

You recently told MCO NAME that you were not able to get the following covered good or service:
_____
_____
_____
[describe service(s) or good(s) that Member has not been able to access] :

MCO Name did not deny this service, but because you have not been able to get the service you have a right to an appeal and hearing. Your HUSKY A plan, [MCO NAME,] must provide you with services on a timely basis. This means that you have a right to get appointments within a reasonable amount of time. The time depends on the type of service. MCO NAME must provide you with the service you requested within the time period below:

[CHECK APPLICABLE SERVICE – DELETE ANY THAT DO NOT APPLY]

- ☐ ***Emergency***: When you need emergency services, you should receive them ***immediately.***
- ☐ ***Urgent care*** . You should receive urgent care within ***forty-eight (48) hours*** of calling your primary care provider
- ☐ ***Routine Care*** - you should receive an appointment for routine care (care for a symptom or illness that is not urgent or emergent) within ten (***10) days*** of calling your primary care provider
- ☐ ***Well Care***: You should receive well care (regular, preventive visits) within ***6 weeks*** from the time you call your provider care provider
- ☐ ***Dental***: You should receive routine/preventive dental care within ***6 weeks***
- ☐ ***Specialist***: You should be able to get an appointment with a specialist within ***three months*** after your PCP makes a referral

Your right to timely access to services is based upon 42 CFR 438.400(b)(4)and Section 6.02(a)(5) and Section 3.14 OR 3.21 of the HUSKY A contract between DSS and [MCO NAME.] [*MCO NAME] WILL CONTINUE TO WORK WITH YOU TO GET YOU NEEDED SERVICES, BUT IN THE MEANTIME YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THE DELAY IN GETTING SERVICES.*

SEE THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL.

Deleted: YOUR RIGHTS

5 NOA TIMELY ACCESS

NOTE: There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached form to DSS will start both steps. ***The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.***

You have the right to review your case file and all documents related to [MCO Name]'s efforts to help you obtain these services.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your provider must tell us why an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your appeal. If you hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

Deleted: ¶
1. Appeal to MCO¶
¶
<#>The first step is an appeal to [MCO NAME]. The appeal lets you tell [MCO NAME] that you have a problem getting timely access to a service. DSS will send the request form to [MCO NAME]. [MCO NAME] must decide your appeal within 30 days, but no later than the date of the administrative hearing.¶
<#>You have the right to meet with or speak by phone with the a [MCO NAME] representative who will be involved inyour appeal. You can also submit additional written material for [MCO NAME] to review.¶
<#>¶
<#>DSS Administrative Hearing¶
<#>¶
<#>If you send in the request form, DSS will schedule an administrative hearing (also called a "fair hearing") and send you a letter with the hearing date. If [MCO NAME] makes a decision before the hearing and you agree with the decision, you will be asked to notify DSS that you do not want to go ahead with the hearing. However, if [MCO NAME] does not make a decision by the date of the hearing, or if you do not agree with [MCO NAME]'s decision, you have the right to go ahead with the administrative hearing on the scheduled date.¶
<#>You will have a chance to explain at the hearing why you disagree with [MCO NAME]'s decision. You must be present at the hearing. At the hearing (and at any meeting with [MCO NAME]), you can speak for yourself or bring someone else, such as a friend or a relative, to speak for you. You can also have an attorney represent you. If you have an attorney, ask your attorney to send a letter saying that they represent you to DSS and [MCO NAME] before the hearing. Free legal help may be available from your local Legal Services office. If you are interested in free legal help, call 1-800-453-3320 for more information. Remember, the more information you provide to show why you disagree ... [1]

Deleted: ***EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS¶***
¶
You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show that an expedited appeal is needed or your doctor must tell us why an expedited appeal is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME[will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your appeal request. If you hearing is expedited, a decision will be made no more than three business days after the MCO decides your appeal.¶
¶

Formatted

1. Appeal to MCO

The first step is an appeal to [MCO NAME]. The appeal lets you tell [MCO NAME] that you have a problem getting timely access to a service. DSS will send the request form to [MCO NAME]. [MCO NAME] must decide your appeal within 30 days, but no later than the date of the administrative hearing.

You have the right to meet with or speak by phone with the a [MCO NAME] representative who will be involved inyour appeal. You can also submit additional written material for [MCO NAME] to review.

DSS Administrative Hearing

If you send in the request form, DSS will schedule an administrative hearing (also called a "fair hearing") and send you a letter with the hearing date. If [MCO NAME] makes a decision before the hearing and you agree with the decision, you will be asked to notify DSS that you do not want to go ahead with the hearing. However, if [MCO NAME] does not make a decision by the date of the hearing, or if you do not agree with [MCO NAME]'s decision, you have the right to go ahead with the administrative hearing on the scheduled date.

You will have a chance to explain at the hearing why you disagree with [MCO NAME]'s decision. You must be present at the hearing. At the hearing (and at any meeting with [MCO NAME]), you can speak for yourself or bring someone else, such as a friend or a relative, to speak for you. You can also have an attorney represent you. If you have an attorney, ask your attorney to send a letter saying that they represent you to DSS and [MCO NAME] before the hearing. Free legal help may be available from your local Legal Services office. If you are interested in free legal help, call 1-800-453-3320 for more information. Remember, the more information you provide to show why you disagree with your health plan's decision, the better.

NOTICE OF ACTION -
DENIAL OF PAYMENT FOR SERVICES OR GOODS

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

You received the following services _____ _____ [describe service(s) or good(s)] from [PROVIDER_____] on [DATE (S)_____]. We have denied the provider's claim for payment for the following reason(s) (one or more could be checked if applicable – delete any reasons that do not apply):

☐ The service(s) or good(s) you received is [are] not a Medicaid covered service(s) or good(s); Explain: _____

☐ You obtained [a] good(s) or service(s) from an out-of-network provider without [MCO NAME] approval; Explain:
_____
_____

☐ You obtained services outside the United States; services outside the United States are not covered by Medicaid; Explain: _____
_____

☐ Other - (Explain):
_____

The decision to deny payment for this good or service is based on [cite applicable DSS regulation/contract provision].

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO APPEAL.

Deleted: YOUR RIGHTS

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS).

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

Deleted: YOUR RIGHTS ARE EXPLAINED BELOW:¶
¶

You have the right to review your file and all documents related to [MCO NAME]'s denial of payment to your provider.

NOTE: THIS NOTICE EXPLAINS YOUR RIGHTS TO CHALLENGE [MCO NAME'S] DENIAL OF PAYMENT TO YOUR PROVIDER. YOUR PROVIDER MAY BE SEEKING PAYMENT FROM YOU. IF YOU ASK FOR AN MCO APPEAL AND DSS HEARING THAT WILL NOT STOP YOUR PROVIDER FROM SEEKING PAYMENT FROM YOU. YOU SHOULD TAKE WHATEVER STEPS ARE NECESSARY TO PROTECT YOUR RIGHTS IN A COLLECTION OR LEGAL ACTION BY YOUR PROVIDER.

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities or the U.S. Department of Health and Human Services.

Formatted

8 PROV T, S, R

NOTICE OF ACTION
FOR MEMBER REQUESTED-SERVICES OR GOODS CHANGED OR TERMINATED BY PROVIDER

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM: [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

You contacted us about the following goods or services_____ _____ [describe service(s) or good(s)]. Your provider has decided to change or terminate those services as follows [describe change/termination, suspension or reduction]. You have asked us to review your provider's decision to change the services. We have reviewed your request and agree with your provider's decision to change the services.for the following reason(s) [(one or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply):]

☐ [Identify alternative service or good] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] is being authorized as an equally safe and effective alternative which will meet your needs; Explain:_____
_____

☐ The service(s) or good(s) requested is [are] not medically necessary for you because:
_____
_____

☐ The service(s) or good(s) requested is [are] not medically necessary for you because another service(s) or good(s) is medically appropriate for you;
Explain:_____
_____

☐ We have not received enough information from a provider to show that the service(s) or good(s) is [are] medically necessary for you. You or your provider must give us information that shows that the service(s) or good(s) is [are] medically necessary:
Explain_____
_____

8 PROV T, S, R

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services that are "medically necessary."* Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or help a medical condition or mental illness;
2. Help you keep as healthy as possible; or
3. Diagnose a condition or keep a condition or illness from happening.

The services you receive must also be "medically appropriate."* Medically appropriate, equally effective care is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different, equally effective treatments or services.

* See Regulations of Connecticut State Agencies § 17b-262-523 (12) & (15)

There are also special Medicaid rules ("EPSDT") regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S. C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults.

The decision to change your services is based on [cite applicable DSS regulation].
[MCO NAME will continue to authorize payment for these services, to the extent they were already approved., if you request an appeal/hearing within 10 days from the mailing of this notice, or the effective date above, whichever is later.] ALTERNATIVE: [MCO NAME will not continue authorization for payment of these services. Based upon your provider's decision and our review, we believe that continuing these services could be harmful to you].

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL

8 PROV T, S, R

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS).

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached appeal and administrative hearing request form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

You have the right to review your file and all documents relied upon by [MCO NAME] in taking this action.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show us that an expedited appeal/hearing is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [MCO NAME] issues its appeal decision.

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner of Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities, or the U.S. Department of Health and Human Services.

9 NOA - PHARMACY DENIAL

NOTICE OF ACTION
FOR DENIED MEDICATION

DATE:_____

TO: [Member's Name/ID Number]

FROM : [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

Your Provider's Request for Authorization for _____
[list medication] is denied for the following reasons:

[One or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply]

☐ This drug is not medically necessary for you. Explain: _____
_____

☐ We have not received enough information from your provider to show that the service(s) or good(s) requested are medically necessary. Your provider must give us information that shows the service(s) or good(s) are medically necessary for you. Explain:
_____
_____

☐ The drug your provider requested is not necessary because another drug is appropriate for you. Our medical reviewers determined that [MCO NAME] formulary includes other equally effective and medically appropriate medications to treat your condition. The formulary is a list of drugs that are available to MCO NAME members without your provider getting [MCO NAME] approval.
Explain:_____
_____

☐ The drug requested is not covered: Explain: _____
_____
_____

Your HUSKY A plan, [MCO NAME], must provide you with all covered services, including medications, that are "medically necessary."* Medically necessary means health care provided to:

1. Correct or lessen the effects of a medical condition or mental illness;
2. Help you keep as healthy as possible; or
3. Diagnose a medical condition or mental illness or keep a condition or illness from happening.

The services you receive must also be "medically appropriate."* Medically appropriate care

is care that: is provided at the time it is needed, meets professional standards of good care, is delivered in the right setting and is the least costly of different, equally effective treatments or services.

* See Regulations of Connecticut State Agencies § 17b-262-523 (12) & (15)

There are also special Medicaid rules ("EPSDT") regarding medical services for children and youth under the age of 21. [MCO NAME] must provide members under 21 with all medically necessary Medicaid-covered prevention, screening, diagnostic and treatment services listed in Section 1905 (r) of the Social Security Act, or 42 U.S. C. § 1396d(r). These services must be provided even if they are not on the list of services that [MCO NAME] usually provides for adults.

The decision to deny this drug was based on : [Cite regulation]

SEE THE OTHER SIDE OF THIS NOTICE FOR AN EXPLANATION OF HOW TO FILE AN APPEAL.

9 NOA - PHARMACY DENIAL

YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL THIS DECISION BY FILING AN APPEAL AND ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST FORM WITH THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS).

There are two steps in the appeal/administrative hearing process which are explained on the enclosed "What You Should Know" information sheet. Sending the attached form to DSS will start both steps. **The request form must be postmarked within sixty (60) days of the date this notice was mailed by [MCO NAME]. If not, you will lose your right to challenge this decision.**

You have the right to review your file and all information [MCO NAME] relied upon in taking this action.

EXPEDITED APPEALS AND HEARINGS

You can ask for an expedited (quicker) appeal and hearing if the regular decision deadlines put your life or health at serious risk or could seriously affect your ability to function. You must show us that an expedited appeal/hearing is needed or your provider must tell us why an expedited appeal/hearing is needed. If an expedited appeal is needed, [MCO NAME] will decide your appeal no more than three business days after DSS receives your request. If your hearing is expedited, DSS will make its decision no more than three business days after [MCO NAME] decides your appeal**.**

If you have any questions, you may contact: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] at [Telephone number] or [MCO NAME] Member Services at [1-800-XXX-XXXX].

If you believe that you have been treated unfairly because of race, color, sex, age, physical or mental disability, religious creed, national origin, sexual orientation, ancestry, language barriers or political beliefs, you have a right to appeal to the Commissioner or Social Services, the Commission on Human Rights and Opportunities, or the U.S. Department of Health and Human Services.

Terminación, Reducción o Suspensión de los Bienes o Servicios HUSKY A

Qué Usted Debe Saber Acerca del Proceso de Audiencia Apelativo/Administrativo

Usted ha recibido una carta de su plan médico llamada **Notificación de Acción (NOA)**. Esta carta le dice la decisión de su plan médico de cambiar el servicio de cuidado médico HUSKY A que usted está recibiendo. Esta decisión (o acción) **termina, reduce o suspende** uno o más de sus servicios de cuidado médico. Esta hoja le ayudará a entender la Notificación de Acción y que usted puede hacer sobre esto.

¿Qué es una Notificación de Acción?

Una **Notificación de Acción (NOA)** es una carta que su plan médico debe enviar a usted cuando decide terminar, reducir o suspender un servicio que usted ha estado recibiendo. Una carta de Notificación de Acción le dice a usted:

- Qué cambio en servicio intenta hacer su plan médico;
- Cuándo el cambio ocurrirá (fecha de efectividad);
- Qué razón/es el plan médico ha tenido para tomar esta acción;
- Cómo apelar (poner a prueba) la decisión; y
- Cómo estar seguro de mantener sus servicios durante el proceso de apelación**.**

¿Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan médico de terminar, reducir o suspender un servicio, que usted puede hacer?

Usted puede **apelar** (poner a prueba) la decisión. **Apelar** significa **solicitar** a las personas que tomaron la decisión de cambiar sus mentes, después de que usted ha dado razones de por qué usted piensa que ellos deberían hacerlo. Si usted no apela la decisión, el cambio en sus servicios tomará lugar en la fecha de efectiviad establecida en la Notificación de Accion (NOA).

Para comenzar el proceso de apelación, complete el **Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa** incluido en el sobre con la Notificación de Acción (NOA). Envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa completado al Departamento de Servicios Sociales (DSS) a **6O DIAS de la fecha de su Notificación de Acción.** Si durante el proceso de apelación, usted desea mantener recibiendo servicios que fueron aprobados ya, el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa debe estar matasellado o ser recibido por DSS en o antes de la fecha de efectividad del cambio propuesto o en **10 DIAS** de la fecha en que el plan médico envíe la NOA, lo que sea después.

- **Si su Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa no está matasellado o no es recibido por el DSS en la fecha de efectividad o en 10 días de la fecha de envío de NOA, lo que sea después, usted no continuará de recibir los servicios durante el proceso de apelación.**
- **Si usted espera más de 60 días para enviar este formulario, usted perderá su derecho a apelar la decisión.**

Por favor, recuerde completar todos los espacios en el formulario, incluyendo:

- Nombre del miembro;
- Número de ID (encontrado en la parte de arriba del NOA); y
- Razón para la solicitud.

Además, de la vuelta a la página para completar la parte de atrás. Si usted necesita ayuda con este formulario, llame a su plan médico. El teléfono de su plan médico está incluido en la lista en la parte más baja de la NOA. O usted puede llamar a la Infolínea HUSKY al **1-800-434-7869**. **Presione la Opción 3.**

¿Qué pasa después que usted envía el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa?

- Primero, su plan de salud revisará su decisión de cambiar los servicios. Esto es llamado una **Apelación**.
- Segundo, una **audiencia administrativa** (llamada anteriormente Audiencia Justa) será fijada con DSS. A usted le será dicho la hora y el lugar de la audiencia fijada.

¿Cuándo tomará lugar la Audiencia Administrativa?

Una audiencia administrativa será fijada automáticamente cuando usted envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa. Una audiencia administrativa tomará lugar:

- Si usted no está contento con la decisión de apelación de su plan de salud, o
- Si el plan de salud no toma una decisión sobre su apelación antes de la fecha fijada de su audiencia administrativa.

¿Qué pasa en la Audiencia Administrativa?

Usted se reunirá con un Oficial de Audiencia Administrativa de DSS y con un representante de su plan de salud. Usted puede explicar por qué usted no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud. Usted podría llevar consigo a un amigo, un familiar u otra persona por apoyo. Usted podría además presentar información adicional, documentación o expedientes médicos para apoyar su argumento. Usted puede además tener un abogado que lo represente en la audiencia. *Ayuda legal gratis podría estar disponible en su Oficina Legal local. Llame al 1800-453-3320 para más información.*

El Oficial de Audiencia de DSS debe fijar la audiencia administrativa a 30 días de recibir su formulario de apelación. El Oficial de Audiencia de DSS debe tomar la decisión de la Audiencia Administrativa no más tarde de 90 días del momento en que usted envió el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa.

¿Qué es una audiencia de apelación acelerada?

Si los periodos de apelación y audiencia normales podrían poner en serio riesgo su vida o salud, usted o su proveedor pueden solicitar una **revisión acelerada**. La Notificación de Acción explica el proceso de apelación y audiencia acelerada.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el Proceso de Apelación y Audiencia Administrativa o el Formulario:

- Pirmero, **llame a su plan de salud**- lea la carta de Notificación de Acción para la información de contacto.
- Usted además puede llamar a la **Infolínea HUSKY** para ayuda. Llame al **1-800-434-7869** (TDD disponible).

Rechazo de los Servicios HUSKY A

Qué Usted Debe Saber Acerca del Proceso de Audiencia Apelativo/Administrativo

Usted ha recibido una carta de su plan médico llamada **Notificación de Acción (NOA)**. Esta carta le dice a usted que su plan de salud HUSKY A ha rechazado un servicio que usted o su proveedor de cuidado de salud solicitó. Esta hoja ayudará usted a entender la Notificación de Acción y qué usted puede hacer sobre esto.

¿Qué es una Notificación de Acción?

Una **Notificación de Acción (NOA)** es una carta que su plan médico debe enviarle a usted cuando un servicio solicitado ha sido rechazado. Una carta de Notificación de Acción le dice:

- Qué servicio ha sido rechazado por su plan de salud;
- Qué razón el plan de salud tiene para rechazar el servicio; y
- Cómo apelar (poner a prueba) la decisión de rechazar un servicio.

¿Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan de salud de rechazar un servicio, qué usted puede hacer?

Usted puede **apelar** (poner a prueba) la decisión. **Apelar** significa **solicitar** a las personas que tomaron la decisión a cambiar sus opiniones, después de que usted ha dado las razones de por qué usted piensa que ellos deberían hacerlo.

Para comenzar el proceso de apelación, complete el **Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa** incluido en el sobre con la Notificación de Acción. Envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa completado al Departamento de Servicios Sociales (DSS) a **6O DIAS de la fecha de su Notificación de Acción**.

Por favor, recuerde completar todos los espacios en el formulario, incluyendo:
- Nombre del miembro
- Número de ID (encontrado en la parte de arriba del NOA); y
- Razón para la solicitud

Además, dé la vuelta a la página para completar la parte de atrás. Si usted necesita ayuda con este formulario, llame a su plan médico. El teléfono de su plan médico está incluido en la lista en la parte más baja de la NOA. O usted puede llamar a la Infolínea HUSKY al **1-800-434-7869**. **Presione la Opción 3.**

IMPORTANTE: Si usted espera más de 60 días para enviar este formulario, usted perderá su derecho a apelar la decisión.

¿Qué pasa después que usted envía el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa?

- Primero, su plan de salud revisará su decisión de cambiar los servicios. Esto es llamado una **Apelación**.
- Segundo, una **audiencia administrativa** (llamada anteriormente Audiencia Justa) será fijada con DSS. A usted le será dicho la hora y el lugar de la audiencia fijada.

¿Cuándo tomará lugar la Audiencia Administrativa?

Una audiencia administrativa será fijada automáticamente cuando usted envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa. Una audiencia administrativa tomará lugar:

- Si usted no está contento con la decisión de apelación de su plan de salud, o
- Si el plan de salud no toma una decisión sobre su apelación antes de la fecha fijada de su audiencia administrativa.

¿Qué pasa en la Audiencia Administrativa?

Usted se reunirá con un Oficial de Audiencia Administrativa de DSS y con un representante de su plan de salud. Usted puede explicar por qué usted no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud. Usted podría llevar consigo a un amigo, un familiar u otra persona por apoyo. Usted podría además presentar información adicional, documentación o expedientes médicos para apoyar su argumento. Usted puede además tener un abogado que lo represente en la audiencia. *Ayuda legal gratis podría estar disponible en su Oficina Legal local. Llame al 1800-453-3320 para más información.*

El Oficial de Audiencia de DSS debe fijar la audiencia administrativa a 30 días de recibir su formulario de apelación. El Oficial de Audiencia de DSS debe tomar la decisión de la Audiencia Administrativa no más tarde de 90 días del momento en que usted envió el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa.

¿Qué es una audiencia de apelación acelerada?

Si los periodos de apelación y audiencia normales podrían poner en serio riesgo su vida o salud, usted o su proveedor pueden solicitar una **revisión acelerada**. La Notificación de Acción explica el proceso de apelación y audiencia acelerada.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el Proceso de Apelación y Audiencia Administrativa o el Formulario:

- Pirmero, **llame a su plan de salud**- lea la carta de Notificación de Acción para la información de contacto.
- Usted además puede llamar a la **Infolínea HUSKY** para ayuda. Llame al **1-800-434-7869** (TDD disponible).

#3 NOA - DENIAL

AVISO DE ACCIÓN
POR LOS SERVICIOS O ARTÍCULOS DENEGADOS

FECHA:_____

A: [Member's Name/ ID Number]
[Address]

DE: [Name of Contact Person]
[MCO Name]
[Address]
[Telephone Number]

La Petición de su Proveedor por Autorización para_____ [Describe service(s) or good(s)] está denegado o parcialmente denegado por la (las) siguiente(s) razones (one or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply):

☐ El/los servicios o artículos pedidos no es (son) cubiertos;
Explicación:_____

☐ El servicio o artículos que su proveedor pidió no es médicamente necesario para usted porque otro servicio o artículos es médicamente apropiado para usted;
Explicación:_____
_____

☐ [Identify alternative service or good] está siendo autorizado como un alternativo igualmente seguro y efectivo que reunirá sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] está siendo autorizada con una alternativa igualmente segura y efectivo que reunirá sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ El servicio o los artículos pedido no son aprobados, porque son de investigación y experimentales;
Explicación:_____

☐ No hemos recibido suficiente información de su proveedor para mostrar que el(los) servicio(s) o artículos es (son) médicamente necesario(s) para usted. Su proveedor debe darnos información que muestra que el servicio o artículos es (son) médicamente necesario(s); Explicación:
_____

☐ El/Los servicio(s) o los artículos pedidos no es/son necesaria(s) médicamente para usted porque;
Explicación:_____
_____

#3 NOA - DENIAL

Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveer usted con todo los servicios cubiertos que son “médicamente necesario”* Médicamente necesario significa cuidado medico provisto para:

1. Corregir o aliviar el efecto de una condición médico o enfermedad mental;
2. Ayudar a que usted se mantenga lo más saludable posible; o
3. Diagnosticar una condición o enfermedad o prevenir una enfermedad de que suceda.

Los servicios que usted recibe deben ser “médicamente apropiados”* Cuidado que es médicamente apropiado es cuidado que: está provisto en el momento adecuado, llena los requisitos profesionales de buen cuidado, está dado en el lugar adecuado y es lo meno costoso de los diferentes, pero, igualmente efectivos tratamientos o servicios.

* Vea Regulaciones de las Agencias del Estado de Connecticut § 17b-262-523 (12) y (15)

También hay reglas especiales de Medicaid (“EPSDT”) relacionadas a los servicios médicos para niños y jovenes menores de 21 años de edad. [MCO Name] debe proveer a los miembros menores de 21 con todos los servicios de prevención, evaluación, diagnostico y tratamiento medicamente necesarios cubiertos bajo Medicaid y listados en la Sección 1905 (r) del Decreto de Seguro Social, o 42 U.S.C. § 1396d(r). Estos servicios deben ser provistos aún si ellos no están en la lista de servicios que [MCO Name] usualmente proveidos para adultos.

La decisión de denegar la petición de su proveedor está basada en [cite applicable DSS regulation].

VEA EL OTRO LADO DE ESTE AVISO PARA UNA EXPLICACIÓN DE CÓMO PEDIR UNA APELACIÓN

#3 NOA - DENIAL

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS).

Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho para repasar su expediente y todos los documentos [MCO Name] de los cuales dependimos en tomar esta acción.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación/audiencia acelerada es necesaria o su proveedor debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que tres días de negocio después que [MCO Name] decide su apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [MCO Name] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#4NOA T, S, R

AVISO DE ACCIÓN
PARA CAMBIO O TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS O ARTÍCULOS APROBADO

FECHA: _____

A: [Member's Name/ ID Number]

DE: [Name of Contact Person]
[Name of MCO]
[Address]
[Telephone Number]

Será Efectivo [effective date, at least ten (10) days later than the mailing of the notice of action or no later than the date of action if the reduction, suspension, or termination is not subject to the advance notice requirements] [services or goods] que usted ha estado recibiendo será [reduced to …., terminated, or suspended until ….. reducido a ...., terminado, o suspendido hasta....], por la (las) siguiente(s) razón(es) (one or more could be checked if applicable):

☐ [Identify alternative service or good] está siendo autorizado como alternativo igualmente seguro y efectivo que reunirá sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] está siendo autorizada como alternativa igualmente seguro y efectivo que reunirá sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ El/Los servicio(s) o el/los artículo(s) no es/son necesaria(s) médicamente para usted porque; Explicación:_____
_____

☐ El servicio o artículos no es médicamente necesario para usted porque otro servicio o artículos es médicamente apropiado para usted;
Explicación:_____
_____

☐ No hemos recibido suficiente información de su proveedor para mostrar que el/los servicio(s) o artículos son todavía médicamente necesario(s) para usted. Su proveedor debe darnos información que demuestra que el/los servicio(s) o artículos serán necesarios para usted después de la fecha efectiva de la acción propuestra.

Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveer usted con todos los servicios cubiertos que son "médicamente necesario."* Médicamente necesario significa cuidado medico provisto para:

1. Corregir o disminuir los efectos de una condición médica o enfermedad mental;
2. Ayudar a que usted se mantenga lo más saludable posible; o
3. Diagnosticar una condición o enfermedad o prevenir una enfermedad de que suceda.

Los servicios que usted recibe deben ser "médicamente apropiados."* Cuidado que es médicamente apropiado es cuidado que: está provisto en el momento adecuado, llena los requisitos profesionales de buen cuidado, está dado en el lugar adecuado y es lo meno costoso de los diferentes pero igualmente efectivos tratamientos o servicios.

* Vea Regulaciones de las Agencias del Estado de Connecticut § 17b-262-523 (12) y (15)

#4 NOA T,S,R

También hay reglas especiales de Medicaid (“EPSDT”) relacionadas a los servicios médicos para niños y jovenes menores de 21 años de edad. [MCO Name] debe proveer a los miembros menores de 21 con todos los servicios de prevención, evaluación, diagnostico y tratamiento medicamente necesarios cubiertos bajo Medicaid y listados en la Sección 1905 (r) del Decreto de Seguro Social, o 42 U.S.C. § 1396d(r). Estos servicios deben ser provistos aún si ellos no están en la lista de servicios que [MCO Name] usualmente proveidos para adultos.

Este cambio en su servicio(s) o artículo(s) está basada en [cite applicable DSS regulation].

VEA EL OTRO LADO DE ESTE AVISO PARA UNA EXPLICACIÓN DE CÓMO PEDIR UNA APELACIÓN

#4 NOA T,S,R

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS). USTED TAMBIÉN TIENE DERECHO DE CONTINUAR RECIBIENDO DEL MISMO PROVEEDOR CUALQUIERES SERVICIOS O ARTÍCULOS [MCO Name] YA APROBADOS SI USTED APELA ESTA DECISIÓN EN O ANTES DE LA FECHA EFECTIVA LISTADA EN EL DORSO DE ESTA AVISO O DENTRO DE DIEZ (10) DÍAS DEL ENVÍO DE ESTA AVISO, CUALQUIERA QUE SEA MÁS TARDE.

Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando este formulario de petición a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho para repasar su expediente y todos los documentos [MCO Name] de los cuales dependimos en tomar esta acción.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación acelerada es necesaria o su médico debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que tres días de negocio después que [MCO Name] decide su apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [MCO Name] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#1 Hearing Request Denial Shortened

[MCO NAME]
FORMULARIO PARA PETICIÓN DE UNA AUDIENCIA DE APELACIÓN Y ADMINISTRATIVA POR SERVICOS O ARTÍCULOS DENEGADOS

A: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street, 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

Este formulario debería ser usado si usted no esta de acuerdo con la decisión de su MCO. Por favor, envíe por correo o faxes el formulario a DSS. **Esta petición tiene que ser matasellada o recibida por DSS dentro de sesenta (60) días desde la fecha que el MCO envió el aviso de la acción. Si no, usted perderá su derecho a disputar la denegación.**

DE: _____ _____
Nombre del Miembro # de Identificación del Miembro

_____ _____
Nombre del Padre o Tutor (si es aplicable) # de Identificación Medicaid del Miembro

_____
Dirección de Contacto (nombre y # de la calle)

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono # _____ _____
Miembro/Padre/Tutor **(# de Día)** Miembro/Padre/Tutor **(# de Noche)**

Yo quiero una apelación de [MCO NAME] y una audiencia administrativa DSS sobre la denegación de los siguientes servicios médicos:

_____

Por favor, indiqué el porqué usted cree que los servicios no deben estar denegados:

_____
_____
_____

También, yo doy permiso a [MCO NAME] de proveer o pedir cualquier información médica u otra necesaria para procesar esta apelación.

_____ _____
Firma del Miembro/Padre/Tutor Fecha

Nota: Hay dos pasos en el proceso de la audiencia apelación/administrativa. Enviando este formulario empezará ambos pasos. <u>Véase la hoja de información "Lo Que Usted Debe Saber" para una explicación de los dos pasos.</u>

#1 Hearing Request Denial Shortened

Por favor marque cualquiera de lo siguiente que aplica:

☐ No hablo inglés y necesitaré un traductor para la audiencia. Yo hablo:_____

☐ Quiero reunir con o hablar por teléfono con un/una representante [MCO NAME] quien estará envuelto en mi apelación.

☐ Quiero proveer [MCO NAME] con materiales adicionales escritos al respecto a mi apelación.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación acelerada es necesaria o su médico debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO NAME] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que tres días de negocio después que [MCO NAME] decide su apelación.

Si aplica, favor marque y explique su petición abajo:

☐ Yo pido una apelación acelerada (más rápida) y una audiencia DSS porque sería un riesgo serio a mi vida o salud o mi habilidad de funcionar el esperar para una decisión regular.

Por favor explique (o pida que su proveedor explique) la razón porque usted necesita una apelación/audiencia acelerada:

_____

_____

_____

Si su proveedor cree que usted necesita una apelación acelerada, ellos también pueden llamar [MCO NAME APPEAL CONTACT] a 1-800-XXX-XXXX para pedir [MCO NAME] aceleración de su apelación.

Si usted tiene cualquier pregunta referente a este formulario, usted puede contactar: [MCO NAME] Servicios de Miembros a 1-800-XXX-XXXX. Este información está disponible en otros formatos: Llama Servicios de Miembros MCO o TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

[MCO NAME]

FORMULARIO PARA PETICIÓN DE AUDIENCIA DE APELACIÓN Y ADMINISTRATIVA POR CAMBIO O TERMINACIÓN DE SERVICOS O ARTÍCULOS APROBADOS

A: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street, 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

Este formulario debe ser usado si usted no esta de acuerdo con la decisión de su MCO. Por favor, envíe por correo o faxes el formulario a DSS. **Esta petición tiene que ser matasellada o recibida por DSS dentro de sesenta (60) días desde la fecha que el MCO envió el aviso de la acción. Si no, usted perderá su derecho a disputar el cambio en los servicios.**

DE: _____ _____
Nombre del Miembro # de Identificación del Miembro

_____ _____
Nombre del Padre o Tutor (si es aplicable) # de Identificación Medicaid del Miembro

_____
Dirección de Contacto (nombre y # de la calle)

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono # _____ _____
Miembro/Padre/Tutor **(# de Día)** Miembro/Padre/Tutor **(# de Noche)**

Yo quiero una apelación de [MCO NAME] y una audiencia administrativa DSS sobre la decisión de cambiar los siguientes servicios médicos:

_____

Por favor, indiqué el porqué usted cree que los servicios no deben ser cambiados:

_____

_____

Yo requiero que mis servicios continúen sin cambios hasta una decisión final sobre mi apelación y audiencia. [MCO NAME] está requerido el continuar cualquier servicios ya aprobados si este petición está matasellada o recibida en o antes de la fecha efectiva del cambio propuesto o dentro de **diez (10) días** de la fecha del envío del aviso por el [MCO NAME], cualquiera que sea más tarde.

También, yo doy permiso a [MCO NAME] de proveer o pedir cualquier información médica u otra necesaria para procesar esta apelación.

_____ _____
Firma del Miembro/Padre/Tutor Fecha

#2 Hearing Request - T, S, R

Nota: Hay dos pasos en el proceso de la audiencia apelación/administrativa. Enviando este formulario a DSS empezará ambos pasos. <u>Véase la hoja de información "Lo Que Usted Debe Saber" para una explicación de los dos pasos.</u>

Por favor marque cualquiera de lo siguiente que aplica:

☐ No hablo inglés y necesitaré un traductor para la audiencia. Yo hablo: _____

☐ Quiero reunirme con o hablar por teléfono con un/una representante [MCO NAME] quien estaría envuelto en mi apelación.

☐ Quiero proveer [MCO NAME] con materiales adicionales escritos al respecto a mi apelación.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación acelerada es necesaria o su médico debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO NAME] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que tres días de negocio después que [MCO NAME] decide su apelación.

Si aplica, favor marque y explique su petición abajo:

☐ Yo pido una apelación acelerada (más rápida) y una audiencia DSS porque sería un riesgo serio a mi vida o salud o mi habilidad de funcionar esperar para una decisión regular.

Por favor explique (o pida que su proveedor explique) la razón porque usted necesita una apelación/audiencia acelerada:

_____

_____

Si su proveedor cree que usted necesita una apelación acelerada, ellos también pueden llamar [MCO NAME APPEAL CONTACT] a 1-800-XXX-XXXX para pedir aceleración de su apelación.

Si usted tiene cualquier pregunta referente a este formulario, usted puede contactar: [MCO NAME] Servicios de Miembros a 1-800-XXX-XXXX. Este información está disponible en otros formatos: Llama Servicios de Miembros MCO o TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Denegación de los Servicios HUSKY A

Qué Usted Debe Saber Acerca del Proceso de Audiencia Apelativo/Administrativo

Usted ha recibido una carta de su plan médico llamada **Notificación de Acción (NOA)**. Esta carta le dice a usted que su plan de salud HUSKY A ha denegado un servicio(s) que usted o su proveedor de cuidado de salud solicitó. Esta hoja ayudará usted a entender la Notificación de Acción y qué usted puede hacer sobre esto.

¿Qué es una Notificación de Acción?

Una **Notificación de Acción (NOA)** es una carta que su plan médico debe enviarle a usted cuando un servicio solicitado ha sido denegado. Una carta de Notificación de Acción le dice:

- Qué servicio ha sido denegado por su plan de salud;
- Qué razón el plan de salud tiene para denegar el servicio; y
- Cómo apelar (disputar) la decisión de denegar un servicio.

¿Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan de salud de denegar un servicio, qué usted puede hacer?

Usted puede **apelar** (disputar) la decisión. **Apelar** significa **solicitar** a las personas que tomaron la decisión a cambiar sus opiniones, después de que usted ha dado las razones de por qué usted piensa que ellos deberían hacerlo.

Para comenzar el proceso de apelación, complete el **Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa** incluido en el sobre con la Notificación de Acción. Envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa completado al Departamento de Servicios Sociales (DSS) a **6O DIAS de la fecha de su Notificación de Acción**.

Por favor, recuerde completar todos los espacios en el formulario, incluyendo:
- Nombre del miembro
- Número de ID (encontrado en la parte de arriba del NOA); y
- Razón para la solicitud

Además, dé la vuelta a la página para completar la parte de atrás. Si usted necesita ayuda con este formulario, llame a su plan médico. El teléfono de su plan médico está incluido en la lista en la parte más baja de la NOA. O usted puede llamar a la Infolínea HUSKY al **1-800-434-7869**. **Presione la Opción 3.**

IMPORTANTE: Si usted espera más de 60 días para enviar este formulario, usted perderá su derecho a apelar la decisión.

¿Qué pasa después que usted envía el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa?

- Primero, su plan de salud revisará su decisión de denegar los servicios. Esto es llamado una **Apelación**.
- Segundo, una **audiencia administrativa** (llamada anteriormente Audiencias Imparciales) será fijada con DSS. A usted le será dicho la hora y el lugar de la audiencia fijada.

¿Cuándo tomará lugar la Audiencia Administrativa?

Una audiencia administrativa será fijada automáticamente cuando usted envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa. Una audiencia administrativa tomará lugar:

- Si usted no está contento con la decisión de apelación de su plan de salud, o
- Si el plan de salud no toma una decisión sobre su apelación antes de la fecha fijada de su audiencia administrativa.

¿Qué pasa en la Audiencia Administrativa?

Usted se reunirá con un Oficial de Audiencia Administrativa de DSS y con un representante de su plan de salud. Usted puede explicar por qué usted no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud. Usted podría llevar consigo a un amigo, un familiar u otra persona para apoyo. Usted puede además presentar información adicional, documentación o expedientes médicos para apoyar su argumento. Usted puede además tener un abogado que lo represente en la audiencia. *Ayuda legal gratis podría estar disponible en su Oficina Legal local. Llame al 1800-453-3320 para más información.*

El Oficial de Audiencia de DSS debe fijar la audiencia administrativa a 30 días de recibir su formulario de apelación. El Oficial de Audiencia de DSS debe tomar la decisión de la Audiencia Administrativa no más tarde de 90 días del momento en que usted envió el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa.

¿Qué es una audiencia de apelación acelerada?

Si los periodos de apelación y audiencia normales pueden poner en serio riesgo su vida o salud, usted o su proveedor pueden solicitar una **revisión acelerada**. La Notificación de Acción explica el proceso de apelación y audiencia acelerada.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el Proceso de Apelación y Audiencia Administrativa o el Formulario:

- Pirmero, **llame a su plan de salud**- lea la carta de Notificación de Acción para la información de contacto.
- Usted además puede llamar a la **Infolínea HUSKY** para ayuda. Llame al **1-800-434-7869** (TDD disponible).

NOA-NEMT

NOTIFICACION DE ACCION
DENEGACIÓN/DENEGACIÓN PARCIAL DE SOLICITUD PARA TRANSPORTACION MEDICA DE NO EMERGENCIA (NEMT)

FECHA:_____

A: [Member's Name and Medicaid ID Number]

DE: [Name of Contact Person]
[NEMT broker Name and Address]
[Telephone Number and Fax Number of NEMT broker]

Su solicitud de NEMT para [provider name] en [provider town] realizada en [date] fue **denegada** por las siguientes razones: [One or more reasons could be checked – delete any reasons that do not apply].

☐ El/los servicio(s) para los que usted solicitó NEMT no está(n) cubierto(s) por Medicaid.
Explicación:_____

La decisión de la denegación está basada en Regulaciones de las Agencias Estatales de Connecticut § 17-134d-33(e).

Su solicitud para NEMT a [provider name] en [provider town] realizada en [date] fue **denegada parcialmente**, esto es, usted no fue provisto del servicio o servicio(s) específico(s) de NEMT que solicitó, por las siguientes razon(es):

☐ El tipo de transportación que usted solicitó, basada en la información que tenemos, no es el menos costoso o más apropiado para usted. El método de transportación que se ha aprobado es _____. Explicación:_____
_____

☐ El/los servicio(s) para los que solicitó NEMT está(n) cubierto(s) por Medicaid, pero no con la frecuencia o la duración que usted lo solicitó. La frecuencia/duración aprobada es
_____

☐ El médico/otro proveedor de cuidado de salud que usted solicitó no es proveedor medico más cercano o apropiado y no hay documentación de que es necesario para usted ver a ese médico/otro proveedor de cuidado de salud en particular.

☐ Usted o su médico dijo que su cita médica de [date] no era urgente, esto es, usted no necesitaba haberlo visto en dos (2) días laborables de la fecha de su solicitud. Mientras tratamos de complacer todas las solicitudes para citas médicas no urgentes, generalmente necesitamos que nos notifique por lo menos dos (2) días laborables antes para hacer los arreglos necesarios para su transportación.

La decisión de denegación parcial está basada en las Regulaciones de las Agencias Estatales de Connecticut § 17-134d-33(e)(2).

NOA-NEMT

VEA EL LADO INVERSO PARA APRENDER SOBRE SUS DERECHOS DE APELACION. USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA ACCION. SIGA LOS PROCEDIMIENTOS ABAJO PARA APELAR:

1. Someta el formulario adjunto de solicitud de apelación y audiencia al Departamento de Servicios Sociales (DSS). En el formulario usted debe explicar porque no está de acuerdo con la decisión. **La solicitud debe tener el matasellos de correo en o antes de sesenta (60) días de la fecha en que la notificación fue enviada por correo. (fecha en la parte superior del lado inverso) o usted podría perder su derecho a apelar.**

2. **Apelación:** El Departamento de Servicios Sociales (DSS) envía una copia de su formulario completo de apelación a [NEMT broker name]. [The NEMT broker name] debe decidir su apelación en 30 días de su recibo, más pronto, si los (30) días antes son después de la fecha en que la audiencia de DSS está pautada. Antes de que la decisión de apelación de NEMT sea hecha, usted tiene el derecho de reunirse con o hablar por teléfono con, o someter documentos adicionales a [NEMT broker name]. Si puede ser un riesgo serio para su salud o vida o puede afectar seriamente su habilidad para funcionar esperar hasta treinta (30) días por la decisión relacionada con la apelación, usted puede solicitar una apelación acelerada. Usted debe mostrar que una apelación/audiencia acelerada es necesaria. Si una audiencia de apelación acelerada es necesaria [NEMT broker name] decidirá su apelación en tres (3) días laborables después de que DSS reciba su solicitud. Si su audiencia es acelerada, DSS tomará la decisión en no más de tres (3) días laborables después que [NEMT broker name] decida su apelación.

3. **Audiencia DSS:** Al mismo tiempo que [NEMT broker name] está considerando su apelación, DSS programará una fecha de audiencia para usted y le enviará notificación de la fecha de la audiencia. Si antes de la fecha de la audiencia, [NEMT broker name] toma una decisión sobre la apelación de la que usted está de acuerdo, no habrá necesidad de una audiencia y usted necesitará cancelarla llamando a la Unidad de Audiencias de DSS al 1-800-462-0134. Sin embargo, si [NEMT broker name] no toma una decisión sobre la apelación antes de la audiencia, o toma una decisión adversa a usted, usted tiene el derecho de proceder con la audiencia en la fecha programada. Si su apelación fue acelerada por [NEMT broker name], DSS mantendrá una audiencia acelerada.

4. **En la Audiencia de DSS:** La audiencia es su oportunidad de explicar al DSS porque usted no está de acuerdo con la decisión de [NEMT broker name]. Usted debe estar en la audiencia. Usted puede hablar por usted mismo o puede tener a alguien que hable en su representación, como un amigo, un familiar o un abogado. La mayor información que usted pueda proveer sobre por qué usted no está de acuerdo con la decisión de [NEMT broker name] es mejor. Si usted quiere un abogado que lo represente, podría estar disponible ayuda legal gratis en su oficina local de Servicios Legales o llamando al 1-800-453-3320. Una decisión de la audiencia debe ser hecha por DSS en no más de noventa (90) días después de la fecha en que usted envió la forma de solicitud de apelación y audiencia. Si usted tuvo una audiencia acelerada, DSS tomará una decisión en no más de tres (3) días laborables después de la decisión sobre la apelación.

SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA, USTED PUEDE CONTACTAR [Name and telephone number of contact person at NEMT broker name].

Usted tiene el derecho de revisar su expediente y todos los documentos [NEMT broker name] utilizados en tomar esta acción.

NEMT-TERM

NOTIFICACION DE ACCION
TERMINACION/REDUCCION/SUSPENSION DE TRANSPORTACION MEDICA DE NO EMERGENCIA ("NEMT")

FECHA: _____

A: [Member's Name and Medicaid ID Number]
[Member's Address]

DE: [Name of Contact Person]
[NEMT broker Name and Address]
[Telephone Number and Fax Number of NEMT broker]

LA ACCION ESTABLECIDA EN ESTA NOTIFICACION ES EFECTIVA EN _____.
[One or more reasons could be checked – delete any reasons that don't apply.]

[Note: The action set forth in the Notice is effective at least ten (10) days later than the date the Notice is sent to the member, unless the advance notice requirements don't apply, in which case the Notice must be mailed no later than the date the action is effective.]

Efectivo en la fecha arriba, los servicios de NEMT que usted ha estado recibiendo (son) o serán

☐ reducidos; o
☐ terminados; o
☐ suspendidos por las siguiente/s razón/es:

☐ La transportación/nivel de transportación que usted recibe actualmente de [to] [Provider Name in (as applicable)] [Provider Town (as applicable)], no es necesaria más. Explicación:
_____
_____
_____

☐ La transportación/ nivel de transportación que usted recibe actualmente de [to] [Provider Name in (as applicable)] [Provider Town (as applicable)], no es más el método de transportación menos costoso y apropiado. Explicación:_____
_____
_____

☐ El servicio médico de [Provider Name] en [Provider Town] en el que usted es transportado no es cubierto más por Medicaid.

☐ No hemos recibido una autorización médica actualizada [from Provider Name in Provider Town (as applicable)], por los servicios que usted está solicitando.

☐ El proveedor médico, [Provider Name] en [Provider Town] no es el más apropiado y cercano y viajar distancias largas no provee beneficio médico para usted.

☐ Otro. Explicación: _____
_____
_____

La decisión de terminar/reducir/suspender está basada en las Regulaciones de las Agencias Estatales de Connecticut §17-134d-33(e).

NEMT-TERM

VEA EL LADO INVERSO PARA APRENDER SOBRE SUS DERECHOS DE APELACION. USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA ACCION. SIGA LOS PROCEDIMIENTOS ABAJO PARA APELAR:

1. Someta el formulario adjunto de solicitud de apelación y audiencia al Departamento de Servicios Sociales (DSS). En el formulario usted debe explicar porque no está de acuerdo con la decisión. La solicitud debe tener el matasellos de correo en o antes de sesenta (60) días de la fecha en que la notificación fue enviada por correo. (fecha en la parte superior del lado inverso) o usted podría perder su derecho a apelar. Si usted llena una apelación en o antes de la fecha efectiva listada al otro lado de este aviso o dentro de 10 días de la fecha de envio de este aviso, cualquiera que sea más tarde, usted continuará a recibir sus servicios actuales de NEMT hasta que una decisión de la audiencia sea hecha.

2. **Apelación:** El Departamento de Servicios Sociales (DSS) envía una copia de su formulario completo de apelación a [NEMT broker name]. [The NEMT broker name] debe decidir su apelación en 30 días de su recibo, más pronto, si los (30) días antes son después de la fecha en que la audiencia de DSS está pautada. Antes de que la decisión de apelación de NEMT sea hecha, usted tiene el derecho de reunirse con o hablar por teléfono con, o someter documentos adicionales a [NEMT broker name]. Si puede ser un riesgo serio para su salud o vida o puede afectar seriamente su habilidad para funcionar esperar hasta treinta (30) días por la decisión relacionada con la apelación, usted puede solicitar una apelación acelerada. Usted debe mostrar que una apelación/audiencia acelerada es necesaria. Si una audiencia de apelación acelerada es necesaria [NEMT broker name] decidirá su apelación en tres (3) días laborables después de que DSS reciba su solicitud. Si su audiencia es acelerada, DSS tomará la decisión en no más de tres (3) días laborables después que [NEMT broker name] decida su apelación.

3. **Audiencia DSS:** Al mismo tiempo que [NEMT broker name] está considerando su apelación, DSS programará una fecha de audiencia para usted y le enviará notificación de la fecha de la audiencia. Si antes de la fecha de la audiencia, [NEMT broker name] toma una decisión sobre la apelación de la que usted está de acuerdo, no habrá necesidad de una audiencia y usted necesitará cancelarla llamando a la Unidad de Audiencias de DSS al 1-800-462-0134. Sin embargo, si [NEMT broker name] no toma una decisión sobre la apelación antes de la audiencia, o toma una decisión adversa a usted, usted tiene el derecho de proceder con la audiencia en la fecha programada. Si su apelación fue acelerada por [NEMT broker name], DSS mantendrá una audiencia acelerada.

4. **En la Audiencia de DSS:** La audiencia es su oportunidad de explicar al DSS porque usted no está de acuerdo con la decisión de [NEMT broker name]. Usted debe estar en la audiencia. Usted puede hablar por usted mismo o puede tener a alguien que hable en su representación, como un amigo, un familiar o un abogado. La mayor información que usted pueda proveer sobre por qué usted no está de acuerdo con la decisión de [NEMT broker name] es mejor. Si usted quiere un abogado que lo represente, podría estar disponible ayuda legal gratis en su oficina local de Servicios Legales o llamando al 1-800-453-3320. Una decisión de la audiencia debe ser hecha por DSS en no más de noventa (90) días después de la fecha en que usted envió la forma de solicitud de apelación y audiencia. Si usted tuvo una audiencia acelerada, DSS tomará una decisión en no más de tres (3) días laborables después de la decisión sobre la apelación.

SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA, USTED PUEDE CONTACTAR [Name and telephone number of contact person at NEMT broker name]**.**

Usted tiene el derecho de revisar su expediente y todos los documentos [NEMT broker name] **utilizados en tomar esta acción.**

Terminación, Reducción o Suspensión de los Artículos o Servicios HUSKY A

Qué Usted Debe Saber Acerca del Proceso de Audiencia Apelativo/Administrativo

Usted ha recibido una carta de su plan médico llamada **Notificación de Acción (NOA)**. Esta carta le dice la decisión de su plan médico de cambiar el servicio de cuidado médico HUSKY A que usted está recibiendo. Esta decisión (o acción) **termina, reduce o suspende** uno o más de sus servicios de cuidado médico. Esta hoja le ayudará a entender la Notificación de Acción y que usted puede hacer sobre esto.

¿Qué es una Notificación de Acción?

Una **Notificación de Acción (NOA)** es una carta que su plan médico debe enviar a usted cuando decide terminar, reducir o suspender un servicio que usted ha estado recibiendo. Una carta de Notificación de Acción le dice a usted:

- Qué cambio en servicio intenta hacer su plan médico;
- Cuándo el cambio ocurrirá (fecha de efectividad);
- Qué razón/es el plan médico ha tenido para tomar esta acción;
- Cómo apelar (disputar) la decisión; y
- Cómo estar seguro de mantener sus servicios durante el proceso de apelación**.**

¿Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan médico de terminar, reducir o suspender un servicio, que usted puede hacer?

Usted puede **apelar** (disputar) la decisión. **Apelar** significa **solicitar** a las personas que tomaron la decisión de cambiar sus mentes, después de que usted ha dado razones de por qué usted piensa que ellos deberían hacerlo. Si usted no apela la decisión, el cambio en sus servicios tomará lugar en la fecha de efectiviad establecida en la Notificación de Accion (NOA).

Para comenzar el proceso de apelación, complete el **Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa** incluido en el sobre con la Notificación de Acción (NOA). Envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa completado al Departamento de Servicios Sociales (DSS) a **6O DIAS de la fecha de su Notificación de Acción.** Si durante el proceso de apelación, usted desea mantener recibiendo servicios que fueron aprobados ya, el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa debe estar matasellado o ser recibido por DSS en o antes de la fecha de efectividad del cambio propuesto o en **10 DIAS** de la fecha en que el plan médico envíe la NOA, lo que sea después.

- **Si su Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa no está matasellado o no es recibido por el DSS en la fecha de efectividad o en 10 días de la fecha de envío de NOA, lo que sea después, usted no continuará recibiendo los servicios durante el proceso de apelación.**
- **Si usted espera más de 60 días para enviar este formulario, usted perderá su derecho a apelar la decisión.**

Por favor, recuerde completar todos los espacios en el formulario, incluyendo:

- Nombre del miembro;
- Número de ID (encontrado en la parte de arriba del NOA); y
- Razón para la solicitud.

Además, de la vuelta a la página para completar la parte de atrás. Si usted necesita ayuda con este formulario, llame a su plan médico. El teléfono de su plan médico está incluido en la lista en la parte más baja de la NOA. O usted puede llamar a la Infolínea HUSKY al **1-800-434-7869**. **Presione la Opción 3.**

¿Qué pasa después que usted envía el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa?

- Primero, su plan de salud revisará su decisión de cambiar los servicios. Esto es llamado una **Apelación**.
- Segundo, una **audiencia administrativa** (llamada anteriormente Audiencias Imparciales) será fijada con DSS. A usted le será dicho la hora y el lugar de la audiencia fijada.

¿Cuándo tomará lugar la Audiencia Administrativa?

Una audiencia administrativa será fijada automáticamente cuando usted envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa. Una audiencia administrativa tomará lugar:

- Si usted no está contento con la decisión de apelación de su plan de salud, o
- Si el plan de salud no toma una decisión sobre su apelación antes de la fecha fijada de su audiencia administrativa.

¿Qué pasa en la Audiencia Administrativa?

Usted se reunirá con un Oficial de Audiencia Administrativa de DSS y con un representante de su plan de salud. Usted puede explicar por qué usted no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud. Usted podría llevar consigo a un amigo, un familiar u otra persona para apoyo. Usted puede además presentar información adicional, documentación o expedientes médicos para apoyar su argumento. Usted puede además tener un abogado que lo represente en la audiencia. *Ayuda legal gratis podría estar disponible en su Oficina Legal local. Llame al 1800-453-3320 para más información.*

El Oficial de Audiencia de DSS debe fijar la audiencia administrativa a 30 días de recibir su formulario de apelación. El Oficial de Audiencia de DSS debe tomar la decisión de la Audiencia Administrativa no más tarde de 90 días del momento en que usted envió el Formulario de Solicitud de Audiencia Apelativa y Administrativa.

¿Qué es una audiencia de apelación acelerada?

Si los periodos de apelación y audiencia normales pueden poner en serio riesgo su vida o salud, usted o su proveedor pueden solicitar una **revisión acelerada**. La Notificación de Acción explica el proceso de apelación y audiencia acelerada.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el Proceso de Apelación y Audiencia Administrativa o el Formulario:

- Pirmero, **llame a su plan de salud**- lea la carta de Notificación de Acción para la información de contacto.
- Usted además puede llamar a la **Infolínea HUSKY** para ayuda. Llame al **1-800-434-7869** (TDD disponible).

#6 NOA Payment Denial

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DENEGACIÓN DE PAGO DE SERVICIOS O ARTÍCULOS

FECHA:_____

A: [Member's Name/ID Number]

DE: [Name of Contact Person]
[MCO NAME]
[Address]
[Telephone Number]

Usted recibió los siguientes servicios _____ _____[describe service(s) or good(s)] del [PROVIDER_____] en [DATE (S) _____]. Hemos denegado la reclamación para el pago de su proveedor por la(s) siguiente(s) razón(es) (one or more could be checked if applicable) - DELETE ANY REASONS THAT DO NOT APPLY):

☐ El servicio(s) o artículos que usted recibió no es (son) un servicio(s) o artículos cubierto(s) por Medicaid; Explicación:_____

☐ Usted obtuvo un artículos o servicio (s) de un proveedor fuera de la red sin aprobación de [MCO NAME]; Explicación:
_____
_____

☐ Usted obtuvo servicios fuera de los Estados Unidos, servicios fuera de los Estados Unidos no son cubiertos por Medicaid. Explicación:_____
_____
_____

☐ Otro - (Explicación):
_____

La decisión de denegar el pago por este artículos o servicio está basada en [cite applicable DSS regulation/contract provision].

VEA EL OTRO LADO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO APELAR.

#6 NOA Payment Denial

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS).

Hay dos pasos en el proceso de la audiencia apelación/administrativa que están explicados en la hoja de información remitida, "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando este formulario de petición a (DSS) empezará ambos pasos. **Esta petición debe ser matasellada dentro de sesenta (60) días de la fecha de que esta noticia fue mandada por correo por** [MCO NAME]**. Si no, usted perderá su derecho de disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho de revisar su expediente y todos los documentos relacionados con [MCO NAME] la denegación de pago a su proveedor.

NOTA: ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA SUS DERECHOS DE OBJETAR A [MCO NAME] LA DENEGACIÓN DEL PAGO A SU PROVEEDOR. SU PROVEEDOR PODRIA CONSEGUIR UN PAGO DE USTED. SI USTED SOLICITA UNA APELACIÓN A MCO Y UNA AUDIENCIA A DSS, ESO NO DETENDRA A SU PROVEEDOR DE CONSEGUIR UN PAGO DE USTED. USTED DEBE TOMAR LOS PASOS QUE SEAN NECESARIOS PARA PROTEGER SUS DERECHOS EN UNA ACCIÓN DE COBRO O LEGAL POR PARTE DE SU PROVEEDOR.

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

10 - Hearing Request -Timely Access

[MCO NAME]

FORMULARIO PARA PETICIÓN DE UNA AUDIENCIA DE APELACIÓN Y ADMINISTRATIVA POR ACCESO OPORTUNO A SERVICOS

A: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

Este formulario debe ser usado si usted no ha podido recibir acceso a un servicio Medicaid en un tiempo razonable. Por favor, envía por correo o faxes el formulario a DSS.

Esta petición tiene que ser matasellada o recibida por DSS dentro de sesenta (60) días desde la fecha que el MCO envió el aviso de la acción. Si no, usted perderá su derecho a una audiencia.

DE: _____ _____
Nombre del Miembro # de Identificación del Miembro

_____ _____
Nombre del Padre o Tutor (si se aplica) # de Identificación Medicaid del Miembro

_____
Dirección de Contacto (nombre y # de la calle)

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono # _____ _____
Miembro/Padre/Tutor **(# de Día)** Miembro/Padre/Tutor **(# de Noche)**

Yo quiero una apelación de [MCO NAME] y una audiencia administrativa sobre la falta de recibir acceso en un tiempo razonable a los siguiente servicios médicos:_____

Por favor, describe los pasos que usted o otros han tomado para tratar de conseguir este servicio:
_____
_____
_____

También, yo doy permiso a [MCO NAME] de proveer o pedir cualquier información médica u otra necesaria para procesar esta apelación.

_____
Firma del Miembro/Padre/Tutor

Nota: Hay dos pasos en el proceso de la audiencia apelación/administrativa. Enviando este formulario a DSS empezará ambos pasos. ***Véase la hoja de información "Lo Que Usted Debe Saber" para una explicación de los dos pasos.***

10 - Hearing Request -Timely Access

Por favor marque cualquiera de lo siguiente que aplique:

☐ No hablo inglés y necesitaré un traductor para la audiencia. Yo hablo: _____

☐ Quiero reunirme con o hablar por teléfono con un/una representante [MCO NAME] quien estará envuelto en mi apelación.

☐ Quiero proveer [MCO NAME] con materiales adicionales escritos referente a mi apelación.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación acelerada es necesaria o su médico debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO NAME] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que en tres días de negocio después que [MCO NAME] decide su apelación.

Si aplica, favor marque y explique su petición abajo:

☐ Yo pido una apelación acelerada (más rápida) y una audiencia DSS porque sería un riesgo serio a mi vida o salud o mi habilidad de funcionar esperar para una decisión regular.

Por favor expliqué (o pida que su proveedor expliqué) la razón que usted necesita una apelación/audiencia acelerada:

_____

_____

_____

Si su proveedor cree que usted necesita una apelación acelerada, ellos también pueden llamar [MCO NAME APPEAL CONTACT] a 1-800-XXX-XXXX para pedir [MCO NAME] aceleración de su apelación.

Si usted tiene cualquier pregunta referente a este formulario, usted puede contactar: [MCO NAME] Servicios de Miembros a 1-800-XXX-XXXX. Este información está disponible en otros formatos: Llama Servicios de Miembros MCO o TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#5 NOA TIMELY ACCESS

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
RELACIONADA CON UN ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS

FECHA: _____

A: [Member's Name/ ID Number]

DE: [Name of Contact Person]
[MCO Name]
[Address]
[Telephone Number]

Usted recientemente dijo a [MCO Name] que usted no pudo obtener lo(s) siguiente artículos o servicio cubiertos:

_____

_____

_____

[describe service(s) or good(s) that Member has not been able to access]:

[MCO Name] no denegó este servicio, pero como usted no pudo obtener el servicio usted tiene el derecho a apelar y a una audiencia. Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveerle a usted con servicios de una manera oportuna. Esto significa que usted tiene el derecho de obtener una cita en un periodo de tiempo razonable. El tiempo depende del tipo de servicio. [MCO Name] debe proveerle a usted con el servicio que usted solicitó en el periodo de tiempo establecido abajo:

[CHECK APPLICABLE SERVICE - DELETE ANY THAT DO NOT APPLY]

☐ ***Emergencia:*** Cuando usted necesita servicios de emergencia, usted debe recibirlo **inmediatamente**.

☐ ***Cuidado urgente:*** Usted debe recibir cuidado urgente a **cuarenta y ocho (48) horas** de llamar a su proveedor de cuidado primario.

☐ ***Cuidado de rutina:*** Usted debe recibir una cita para cuidado de rutina (cuidado para un síntoma o enfermedad que no es urgente o emergente) a **diez (10) días** de llamar a su proveedor de cuidado primario.

☐ ***Buen Cuidado:*** Usted debe recibir buen cuidado (regular, visitas preventivas) en **6 semanas** desde el momento en que usted llama a su proveedor de cuidado.

☐ ***Dental:*** Usted debe recibir cuidado dental de rutina/preventivo en **6 semanas**.

☐ ***Especialista:*** Usted debe poder obtener una cita con un especialista en **tres meses** después de que su PCP hace el referido.

Su derecho al acceso oportuno de servicios está basado en 42 CFR 438.400 (b) (4) y Sección 6.02 (a) (5) y Sección 3.14 o 3.21 del contrato de HUSKY A entre DSS y [MCO Name]. [MCO Name] CONTINUARA A TRABAJAR CON USTED PARA OBTENERLE LOS SERVICIOS NECESARIOS, PERO MIENTRAS TANTO, USTED TIENE EL DERECHO A APELAR LA TARDANZA EN OBTENER SERVICIOS.

VEA EL LADO INVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO PEDIR UNA APELACION.

#5 NOA TIMELY ACCESS

NOTA: Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho de repasar su expediente y todos los documentos relacionados a los esfuerzos de [MCO Name] para ayudarle a obtener estos servicios.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrar que una apelación acelerada es necesaria o su proveedor debe informarnos que una apelación acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que en tres días de negocio después que [MCO Name] decide su apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [Name of MCO] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

7 NOA PROVIDER DENIAL

AVISO DE ACCIÓN
SERVICIOS O ARTÍCULOS SOLICITADOS POR MIEMBROS QUE SON DENEGADOS POR EL PROVEEDOR

FECHA:_____

A: [Member's Name/ ID Number]

De: [Name of Contact Person]
[Name of MCO]
[Address]
[Telephone Number]

Usted se comunicó con nosotros sobre los siguientes artículos o servicios_____
_____[describe service(s) or good(s)]
que su proveedor denegados. Usted nos ha pedido a nosotros a revisar la decisión de su proveedor. Nosotros hemos revisado su petición y estamos de acuerdo con la desición de su proveedor de denegar estos servicios por la(s) siguiente(s) razón(es) [(one or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply):]

☐ El/los servicio(s) o artículos pedidos no es [son] servicio(s) o artículos cubiertos; Explicación:
_____

☐ [Identify alternative service or good] se está autorizando como una alternativa igualmente segura y efectiva la cual reune sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] se está autorizando como una alternativa igualmente segura y efectiva la cual reune sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ El/los servicio(s) o artículos pedidos no es [son] medicamente necesarios para usted porque:
_____
_____

☐ El/los servicio(s) o artículos pedidos no es [son] medicamente necesario para usted porque otro servicio o artículos es [son] medicamente apropiado(s) para usted; Explicación;_____
_____
_____

☐ Nosotros no hemos recibido suficiente información de su proveedor para demostrar que el/los servicio(s) o artículos es [son] medicamente necesarios para usted. Usted o su proveedor debe darnos información que muestre que el/los servicio(s) o artículos es [son] medicamente necesarios.

Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveerle a usted con todos los servicios cubiertos que son "medicamente necesarios."* Medicamente necesarios significa cuidado de salud provistos para:

1. Corregir o disminuir los efectos de una condición médica o enfermedad mental;
2. Ayudarle a que usted se mantenga lo más saludable posible; o
3. Diagnosticar una condición o mantener una condición o enfermedad de que suceda.

7 NOA PROVIDER DENIAL

Los servicios que usted recibe deben también ser “medicamente apropiados.”* Cuidado medicamente aporpiado es cuidado que: es provisto al momento que es necesitado, reune las medidas profesionales de buen cuidado, es dado en el establecimiento correcto y es el menos costoso de diferente tratamientos o servicios igualmente efectivo.

* Vea Regulaciones de las Agencias del Estado de Connecticut § 17b-262-523 (13) y (15).

También hay reglas especiales de Medicaid (“EPSDT”) relacionadas a los servicios médicos para niños y jovenes menores de 21 años de edad. [MCO Name] debe proveer a los miembros menores de 21 con todos los servicios de prevención, evaluación, diagnostico y tratamiento medicamente necesarios cubiertos bajo Medicaid y listados en la Sección 1905 (r) del Decreto de Seguro Social, o 42 U.S.C. § 1396d(r). Estos servicios deben ser provistos aún si ellos no están en la lista de servicios que [MCO Name] usualmente proveidos para adultos.

La decisión de denegar estos servicios es basado en [cite applicable DSS regulation].

VEA EL OTRO LADO DE ESTE AVISO PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO PEDIR UNA APELACIÓN

7 NOA PROVIDER DENIAL

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS).

Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoda de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho para repasar su expediente y todos los documentos [MCO Name] de los cuales dependimos en tomar esta acción.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir por una apelación y audiencia acelerada (más rápido) si la decisión limite regular pone su vida o salud en riesgo serio o seriamente afecta su habilidad a funcionar. Usted debe demostrar que una apelación/audiencia acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más de tres días laborables después que DSS recibe su petición. Si su audiencia es acelerada, DSS tomará una decisión no más de tres días laborables después que [MCO Name] emite su decisión de apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [MCO Name] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#8 PROV T, S, R

AVISO DE ACCIÓN
SERVICIOS O ARTÍCULOS SOLICITADOS POR MIEMBROS QUE SON CAMBIADOS O TERMINADOS POR EL PROVEEDOR

FECHA:_____

A: [Member's Name/ ID Number]

De: [Name of Contact Person]
[Name of MCO]
[Address]
[Telephone Number]

Usted se comunicó con nosotros sobre los siguientes artículos o servicios_____
_____
_____[describe service(s) or good(s)]. Su proveedor ha decidido cambiar o terminar estos servicios como sigue [describe change/termination, suspension or reduction]. Usted nos ha pedido a nosotros a revisar la decisión de su proveedor a cambiar los servicios. Nosotros hemos revisado su petición y estamos de acuerdo con la desición de su proveedor a cambiar los servicios por la(s) siguiente(s) razón(es) [(one or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply):]

☐ [Identify alternative service or good] se está autorizando como una alternativa igualmente segura y efectiva la cual reune sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ [Identify alternative intensity or frequency or duration] se está autorizando como una alternativa igualmente segura y efectiva la cual reune sus necesidades; Explicación:_____
_____

☐ El/los servicio(s) o artículos pedidos no es [son] medicamente necesarios para usted porque:
_____
_____

☐ El/los servicio(s) o artículos pedidos no es [son] medicamente necesario para usted porque otro(s) servicio(s) o artículos es [son] medicamente apropiado para usted; Explicación;_____
_____

☐ Nosotros no hemos recibido suficiente información de su proveedor para demostrar que el / los servicio(s) o artículos es [son] medicamente necesarios para usted. Usted o su proveedor debe darnos información que muestre que el/los servicio(s) o artículos es [son] medicamente necesarios: Explicación:_____
_____

#8 PROV T, S, R

Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveerle a usted con todos los servicios cubiertos que son "medicamente necesarios"* Medicamente necesarios significa cuidado de salud provistos para:

1. Corregir o ayudar una condición médica o enfermedad mental;
2. Ayudarle a que usted se mantenga lo más saludable posible; o
3. Diagnosticar una condición o mantener una condición o enfermedad de que suceda.

Los servicios que usted recibe deben también ser "medicamente apropiados."* Medicamente aporpiado, cuidado igualmente efectivo es cuidado que: es provisto al momento que es necesitado, reune las medidas profesionales de buen cuidado, es entregado en el establecimiento correcto y es el menos costoso de diferentes tratamientos o servicios igualmente efectivo.

* Vea Regulaciones de las Agencias del Estado de Connecticut § 17b-262-523 (12) y (15).

También hay reglas especiales de Medicaid ("EPSDT") relacionadas a los servicios médicos para niños y jovenes menores de 21 años de edad. [MCO Name] debe proveer a los miembros menores de 21 con todos los servicios de prevención, evaluación, diagnostico y tratamiento medicamente necesarios cubiertos bajo Medicaid y listados en la Sección 1905 (r) del Decreto de Seguro Social, o 42 U.S.C. § 1396d(r). Estos servicios deben ser provistos aún si ellos no están en la lista de servicios que [MCO Name] usualmente proveidos para adultos.

La decisión a cambiar sus servicios es basado en [cite applicable DSS regulation]. [MCO Name] continuará a autorizar pago por estos servicios, hasta donde ellos fueron ya aprobados, si usted pide una apelación/audiencia dentro de 10 días desde el envio de este aviso, o la fecha efectiva de arriba, cualquiera es más tarde.] ALTERNATIVE: [MCO Name] no continuará autorización para pago de estos servicios. Basado sobre la decisión de su proveedor y nuestra revisión, nosotros creemos que continuando con estos servicios podría ser dañoso para usted].

VEA EL OTRO LADO DE ESTE AVISO PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO PEDIR UNA APELACIÓN

#8 PROV T, S, R

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS).

Hay dos pasos en el proceso de apelación /audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho a revisar su expediente y todos los documentos utilizados por [MCO Name] en tomar esta acción.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir por una apelación y audiencia acelerada (más rápido) si la decisisón limite regular pone su vida o salud en riesgo serio o seriamente afecta su habilidad a funcionar. Usted debe demostrarnos que una apelación/audiencia acelerada es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más de tres días laborables después que DSS recibe su petición. Si su audiencia es acelerada, DSS tomará una decisión no más de tres días laborables después que [MCO Name] emite su decisión de apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [MCO Name] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

9 NOA - PHARMACY DENIAL

AVISO DE ACCIÓN
PARA DENEGACIÓN DE MEDICAMENTO

FECHA:_____

A: [Member's Name/ ID Number]

DE: [Name of Contact Person]
[MCO Name]
[Address]
[Telephone Number]

La Petición de su Proveedor por Autorización para _____
[list medication] es denegada por las siguientes razones:

[One or more could be checked if applicable - delete any reasons that do not apply]

☐ El medicamento(s) no es medicamente necesario para usted. Explicación:_____
_____
_____

☐ Nosotros no hemos recibido suficiente información de su proveedor para mostrar que el/los servicio(s) o artículos solicitados son medicamente necesarios. Su proveedor debe darnos información que muestre que el/los servicio(s) o artículos son medicamente necesarios para usted. Explicación:_____
_____

☐ El medicamento(s) que su proveedor solicito no es necesaria por que otro medicamento es apropiada para usted. Nuestros revisadores medicos determinaron que el formulario de [MCO Name] incluye otros medicamentos igualmente efectivo y medicamente apropiados para tratar su condición. El formulario es una lista de medicamentos que están disponibles para los miembros [MCO Name] sin que su proveedor obtenga aprobación de [MCO Name].
Explicación:_____
_____

☐ El medicamento(s) solicitada no está cubierta: Explicación;_____
_____
_____

Su plan HUSKY A, [MCO NAME], debe proveerle a usted con todos los servicios cubiertos, incluyendo medicamentos, que son "medicamente necesarios."* Medicamente necesarios significa cuidado de salud provistos para:

1. Corregir o disminuir los efectos de una condición médica o enfermedad mental;
2. Ayudarle a que usted se mantenga lo más saludable posible; o
3. Diagnosticar una condición médica o enfermedad mental o mantener una condición o enfermedad de que suceda.

Los servicios que usted recibe deben también ser "medicamente apropiados."* Cuidado medicamente apropiado es cuidado que: es provisto al momento que es necesitado, reune las medidas profesionales de buen cuidado, es entregado en el establecimiento correcto y es el menos costoso de diferentes, tratamientos o servicios igualmente efectivo.

* Vea Regulaciones de las Agencias del Estado de Connecticut § 17b-262-523 (12) y (15).

También hay reglas especiales de Medicaid (“EPSDT”) relacionadas a los servicios médicos para niños y jovenes menores de 21 años de edad. [MCO Name] debe proveer a los miembros menores de 21 con todos los servicios de prevención, evaluación, diagnostico y tratamiento medicamente necesarios cubiertos bajo Medicaid y listados en la Sección 1905 (r) del Decreto de Seguro Social, o 42 U.S.C. § 1396d(r). Estos servicios deben ser provistos aún si ellos no están en la lista de servicios que [MCO Name] usualmente proveidos para adultos.

La decisión a denegar el/los medicamento(s) es basado en [cite applicable DSS regulation].

VEA EL OTRO LADO DE ESTE AVISO PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO PEDIR UNA APELACIÓN

9 NOA - PHARMACY DENIAL

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS).

Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho para repasar su expediente y todos los documentos [MCO Name] de los cuales utilizamos en tomar esta acción.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrarnos que una apelación/audiencia acelerada es necesaria o su proveedor debe informarnos porque una apelación/audiencia es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más que tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que en tres días de negocio después que [MCO Name] decide su apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [MCO Name] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#11 NOA - PHARMACY T, S, R

AVISO DE ACCION
PARA MEDICAMENTO CAMBIADO O TERMINADO

FECHA:_____

A: [Member's Name/ ID Number]
[Address]

DE: [Name of Contact Person]
[MCO Name]
[Address]
[Telephone Number]

[Efectivo [DATE SUBMITTED] usted recibió un suministro temporero de un medicamento(s) [DRUG LABEL NAME] recetada por su proveedor [LAST NAME, FIRST NAME].] **O** [Usted recibió autorización para [DRUG LABEL NAME] por DATE]. Efectivo [DATE], este medicamento será terminado por las siguientes razones:

[ONE OR MORE COULD BE CHECKED IF APPLICABLE - DELETE ANY REASONS THAT DO NOT APPLY]

☐ Este medicamento(s) no es medicamente necesario para usted. Explicación:
_____

☐ Nosotros no hemos recibido suficiente información de su proveedor para mostrar que el medicamento es medicamente necesario. Su proveedor debe darnos información que muestre que este medicamento es medicamente necesario para usted.
Explicación:_____

☐ El medicamento que su proveedor solicito no es necesario por que otro medicamento es apropiado para usted. Nuestros revisadores medicos determinaron que el formulario de [MCO Name] incluye otros medicamentos igualmente efectivo y medicamente apropiados para tratar su condición. El formulario es una lista de medicamentos que están disponibles para los miembros de MCO Name sin que su proveedor obtenga aprobación de [MCO Name] .
Explicación:_____
_____

☐ El medicamento(s) solicitado no es un artículo(s) cubierto.
Explicación:_____
_____

Su plan HUSKY A, [MCO Name], debe proveerle a usted con todos los servicios cubiertos, incluyendo medicamentos, que son “medicamente necesarios.”* Medicamente necesarios significa cuidado de salud provistos para:

1. Corregir o disminuir los efectos de una condición médica o enfermedad mental;
2. Ayudarle a que usted se mantenga lo más saludable posible; o
3. Diagnosticar una condición médica o enfermedad mental o mantener una condición o enfermedad de que suceda.

Los servicios que usted recibe deben también ser “medicamente apropiados.”* Cuidado medicamente apropiado es cuidado que: es provisto al momento que es necesitado, reune las medidas profesionales de buen cuidado, es entregado en el establecimiento correcto y es el menos costoso de diferentes tratamientos o servicios igualmente efectivo.

* Vea Regulaciones de las Agencias del Estado de Connecticut § 17b-262-523 (12) y (15).

También hay reglas especiales de Medicaid (“EPSDT”) relacionadas a los servicios médicos para niños y jovenes menores de 21 años de edad. [MCO Name] debe proveer a los miembros menores de 21 con todos los servicios de prevención, evaluación, diagnostico y tratamiento medicamente necesarios cubiertos bajo Medicaid y listados en la Sección 1905 (r) del Decreto de Seguro Social, o 42 U.S.C. § 1396d(r). Estos servicios deben ser provistos aún si ellos no están en la lista de servicios que [MCO Name] usualmente proveidos para adultos.

La decisión de descontinuar su medicamento(s) es basada en [CITE REGULACION]

VEA EL OTRO LADO DE ESTE AVISO PARA UNA EXPLICACIÓN DE COMO PEDIR UNA APELACIÓN

USTED TIENE EL DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN LLENANDO UN FORMULARIO DE PETICIÓN A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA ADMINISTRATIVA CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS). USTED TIENE UN DERECHO A CONTINUAR RECIBIENDO EL MEDICAMENTO SI USTED APELA ESTA DECISIÓN EN O ANTES DE LA FECHA EFECTIVA O DENTRO DE DIEZ (10) DIAS DEL ENVIO DE ESTE AVISO, CUALQUIERA QUE SEA MAS TARDE.

Hay dos pasos en el proceso de apelación/audiencia administrativa la cual son explicados en la hoja de información adjunta "Lo Que Usted Debe Saber". Enviando el formulario adjunto de petición a una apelación y audiencia administrativa a DSS comenzará ambos pasos. **El formulario de petición debe ser marcada postal dentro de sesenta (60) días de la fecha que este aviso fue enviado por** [MCO Name]**. Si no, usted perderá sus derechos a disputar esta decisión.**

Usted tiene el derecho para repasar su expediente y todos los documentos [MCO Name] de los cuales dependimos en tomar esta acción.

APELACIONES Y AUDIENCIAS ACELERADAS

Usted puede pedir una apelación y audiencia acelerada (más rápida) si el plazo de la decisión regular pone en peligro su vida o su salud o podía afectar seriamente su habilidad de funcionar. Usted debe demostrarnos que una apelación/audiencia acelerada es necesitada o su proveedor debe informarnos el porque una apelación/audiencia es necesaria. Si una apelación acelerada es necesaria, [MCO Name] decidirá su apelación no más que en tres días de negocio después que DSS recibe esta petición. Si su audiencia está acelerada, DSS hará su decisión no más que en tres días de negocio después que [MCO Name] decide su apelación.

Si usted tiene algunas preguntas, usted puede ponerse en contacto con: [SIGNED AND PRINTED NAME/TITLE] al [Telephone number] o [MCO Name] Servicios a Miembros al [1-800-XXX-XXXX].

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

#12 Hearing Request - Payment Denial

[MCO NAME]
FORMULARIO PARA PETICIÓN DE UNA AUDIENCIA DE APELACIÓN Y ADMINISTRATIVA POR DENEGACIÓN DE RECOMPENSACIÓN

A: State of Connecticut - Department of Social Services ("DSS")
Office of Legal Counsel & Administrative Hearings - HUSKY A Appeals
25 Sigourney Street 12th Floor
Hartford, CT 06106-5033
FAX: (860) 424-5729

Este formulario debe ser usado si usted quiere apelar la denegación de recompensación por [MCO NAME] los artículos o servicio que usted recibió. Por favor, envíe por correo o faxes el formulario a DSS.

Esta petición tiene que ser matasellada o recibida por DSS dentro de sesenta (60) días desde la fecha que el MCO envió el aviso de la acción. Si no, usted perderá su derecho a disputar la denegación.

DE: _____ _____
Nombre del Miembro | # de Identificación del Miembro(# de cliente)

_____ _____
Nombre del Padre o Tutor (si se aplica) | # de Identificación Medicaid del Miembro

_____
Dirección de Contacto (nombre y # de la calle)

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono # _____ _____
Miembro/Padre/Tutor **(# de Día)** | Miembro/Padre/Tutor **(# de Noche)**

Yo quiero una apelación de [MCO NAME] y una audiencia administrativa DSS sobre la decisión de [MCO NAME] a denegar recompensación por el(los) siguiente(s) servicio(s) o artículos:

_____

Por favor, expliqué el porqué usted no está de acuerdo con esta denegación:

_____

_____

También, yo doy permiso a [MCO NAME] de proveer o pedir cualquier información médica u otra necesaria para procesar esta apelación.

_____ _____
Fecha | Firma del Miembro/Padre/Tutor

Esta denegación está basada en: [CITE DSS REGULATION]

#12 Hearing Request - Payment Denial

Nota: Hay dos pasos en el proceso de la audiencia apelación/administrativa. Enviando este formulario a DSS empezará ambos pasos. Véase la hoja de información "Lo Que Usted Debe Saber" adjunto para una explicación de los dos pasos.

Por favor marque cualquiera de lo siguiente que aplica:

☐ No hablo inglés y necesitaré un traductor para la audiencia. Yo hablo:_____

☐ Quiero reunirme con o hablar por teléfono con un/una representante [MCO NAME] quien estará envuelto en mi apelación.

☐ Quiero proveer [MCO NAME] con materiales adicionales escritos referente a mi apelación.

Si usted tiene cualquier pregunta referente a este formulario, usted puede contactar: [MCO NAME] Servicios de Miembros a 1-800-XXX-XXXX. Este información está disponible en otros formatos: Llama Servicios de Miembros MCO o TDD/TTY (800) XXX-XXXX.

Si usted cree que ha estado tratado injustamente por razón de raza, color, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, antecedentes, barreras de lenguaje, o creencias políticas, usted tiene el derecho de apelar al Comisionado de Servicios Sociales, el Comisionado de Derechos Humanos y Oportunidades o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.