

Aviso Importante para los Miembros/Afiliados de Planes de Maryland Cubiertos por Pólizas Comerciales Aseguradas Completamente Emitidas en Maryland:

Referencias a Proveedores Fuera de la Red debido a Insuficiencia de la Red

Si necesita servicios de atención de la salud cubiertos que no están disponibles de un proveedor de la red —o el acceso a un proveedor de la red implicaría una demora o un viaje poco razonable— usted o su médico pueden pedir una referencia a un proveedor fuera de la red. Si se aprueba su solicitud, los servicios del proveedor fuera de la red estarán cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red.

Cómo solicitar una referencia a un proveedor fuera de la red debido a la insuficiencia de la red

Para solicitar una referencia a un proveedor fuera de la red, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud. Por servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, llame al número de teléfono de Salud Mental que se encuentra en su tarjeta de identificación. Si desea que otra persona lo represente para esta solicitud, avísenos y le enviaremos el formulario necesario para designar a un representante.

Las solicitudes de referencia se revisarán oportunamente, según lo que corresponda a la condición del miembro. Asegúrese de avisarnos si tiene un caso de emergencia, en el que un servicio de salud es necesario para tratar una condición o enfermedad que, sin atención médica, representaría un grave peligro para la vida, la salud o la capacidad del paciente para recuperarse completamente, o haría que el miembro represente un peligro para sí mismo o los demás.

Qué puede hacer si no se aprueba su solicitud de referencia a un proveedor fuera de la red

Si se deniega su solicitud de referencia a un proveedor fuera de la red y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante pueden solicitar una revisión de queja formal. Se trata del proceso para pedirnos que reconsideremos una decisión. La persona que revisará su queja formal no será la misma que tomó la decisión original ni un subordinado de ésta.

La solicitud de queja formal se debe presentar dentro de los 180 días a partir del momento en que usted recibió la denegación de su solicitud de referencia a un proveedor fuera de la red debido a la insuficiencia de la red.

Para presentar una queja formal, proporcione la siguiente información:

- Una queja formal por escrito para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión
- La decisión de cobertura específica que quiere que revisemos
- Una explicación de por qué el servicio solicitado debe considerarse para la cobertura
- Cualquier información adicional que respalde su postura
- Una copia de la carta de denegación que le enviamos

Envíe por correo o fax esta información a:

Optum Appeals
PO Box 30512
Salt Lake City, UT 84130-0512
Por fax: 1-855-312-1470

Si necesita más información, les notificaremos a usted o su representante dentro de los 5 días hábiles de recibir la solicitud de queja formal. Para los casos de emergencia, le avisaremos verbalmente si necesitamos más información. Si no hay información adicional disponible o si no se la presenta a Optum, se tomará una decisión a partir de la información disponible.

El plazo para que Optum revise la queja formal y tome una decisión dependerá de que usted haya recibido o no la atención del proveedor fuera de la red al que solicita una referencia.

- **Denegación Prospectiva:** Si usted no ha recibido aún los servicios del proveedor fuera de la red al que solicitó una referencia que fue denegada, Optum revisará la queja formal y le comunicará una decisión dentro de los 30 días hábiles después de la fecha en que se presentó la queja formal.

Con un permiso por escrito de usted o de su representante, el plazo para que Optum responda puede extenderse hasta **30 días** hábiles adicionales.

La notificación por escrito de la decisión de Optum sobre la queja formal se le enviará a usted, o a su representante, dentro de los 5 días hábiles después de que se haya tomado la decisión sobre la queja formal.

Para los casos de emergencia, en los que la condición médica es tal que el tiempo necesario para realizar una revisión de queja formal estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del paciente para recuperarse completamente, le comunicaremos una decisión verbal dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud de queja formal. Un día después de haberse comunicado verbalmente la decisión sobre la queja formal, se le enviará un aviso por escrito de la decisión a usted o a su representante.

Si no proporcionamos una decisión sobre la queja formal dentro de las **24 horas**, usted, o su representante, puede presentar una queja de decisión adversa directamente ante el Comisionado de Seguros.

- **Denegación Retrospectiva:** Si usted ya recibió los servicios del proveedor fuera de la red a quien solicitó una referencia que fue denegada, Optum revisará la queja formal y le comunicará una decisión dentro de los **45 días** hábiles a partir de la fecha en que se presentó la queja formal.

La notificación por escrito de la decisión sobre la queja formal se le enviará a usted, o a su representante, dentro de los 5 días hábiles después de haberse tomado la decisión sobre la queja formal. Si tiene preguntas, llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud.