

# Grievance and Appeal Process

## UnitedHealthcare Community Plan

## Grievance Process

### How do I report a complaint?

Grievances are complaints about:

- The way you were treated.
- The quality of care or services you received.
- Problems getting care.
- Billing issues.

If you need help filing a grievance, call **1-877-542-8997**. We will let you know we received your grievance within two business days. We will try to take care of your grievance right away. We will resolve your grievance within 45 calendar days and tell you how it was resolved.

If you are a client with behavioral health needs, the Ombuds is someone that can help you with questions and filing grievances. If you need information about how to contact your local Ombuds, call **1-877-542-8997** or go to **UHCommunityPlan.com**.

## Appeal Process

### How do I request the review of a denied service?

An appeal is a request to review a denied service or referral. You can appeal our decision if a service was denied, reduced, or ended early. Below are the steps in the appeal process:

**STEP 1:** UnitedHealthcare Appeal

**STEP 2:** State Administrative Hearing

**STEP 3:** Independent Review

**STEP 4:** Health Care Authority (HCA) Board of Appeals Review Judge

### Who do I call for help at my health plan?

If you need help, call **1-877-542-8997** or for **TTD/TTY, call 711**. We will keep your information private.

To file a grievance or appeal, contact:  
**UnitedHealthcare Community Plan**  
**Attention: Appeals and Grievance**  
**P.O. Box 31364**  
**Salt Lake City, UT 84131-0364**

Phone: **1-877-542-8997**

Fax: **1-801-994-1082**

## Continuation of Services During the Appeal Process

If you want to keep getting previously approved services while we review your appeal, you must file your appeal within 10 calendar days of the date on your denial letter. If the final decision in the appeal process agrees with our decision, you may need to pay for services you received during the appeal process.

### STEP 1 – UnitedHealthcare Appeal: How do I ask for an appeal?

You have 60 calendar days after the date of UnitedHealthcare’s denial letter to ask for an appeal. You or your representative may request an appeal over the phone, in person, or in writing. If you request an appeal by phone, you must also send it in writing to us with your signature. Additional information to support your appeal may be submitted over the phone, in writing, or in person. Within five calendar days, we will let you know in writing that we got your appeal. UnitedHealthcare can help you file your appeal. If you need help filing an appeal, call **1-877-542-8997**.

You may choose someone, including a lawyer or provider, to represent you and act on your behalf. You must sign a consent form allowing this person to represent you. UnitedHealthcare does not cover any fees or payments to your representatives. That is your responsibility.

Before or during the appeal, you or your representative may request copies of all the documents in this appeal file, and the guidelines or benefit provisions used to make the decision. These will be sent to you free of charge. UnitedHealthcare will send you our decision in writing within 14 calendar days, unless we tell you we need more time. Our review will not take longer than 28 calendar days. We will keep your appeal private.

If you or your provider wants a fast decision because your health is at risk, call **1-877-542-8997** for a quick review (called “expedited” review) of the denial. You may ask for a quick review if your physical or mental health is at serious risk or it involves a mental health drug authorization. You may file an expedited appeal either orally or in writing. If you file the expedited appeal orally, written follow up is not required. UnitedHealthcare will contact you with our decision within 72 hours of getting your request for an expedited review.

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

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

### STEP 1:

Ask for an appeal with  
UnitedHealthcare

Phone: **1-877-542-8997**

Fax: **1-801-994-1082**

Address:

**P.O. Box 31364**

**Salt Lake City, UT 84131-0364**

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

If you disagree with UnitedHealthcare’s appeal decision, you can ask for a State Administrative Hearing. You must complete UnitedHealthcare’s appeal process before you can have a hearing. You must ask for a hearing within 120 calendar days of the date on the appeal decision letter. When you ask for a hearing, you need to say what service was denied, when it was denied, and the reason it was denied. Your provider may not ask for a hearing on your behalf. You may ask for a quick decision if your health is at risk.

You may consult with a lawyer or have another person represent you at the hearing. If you need help finding a lawyer, check with the nearest Legal Services Office or call the NW Justice CLEAR line at 1-888-201-1014 or visit their website at [www.nwjustice.org](http://www.nwjustice.org).

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

## **STEP 3 – Independent Review: How do I ask for an Independent Review?**

An Independent Review is a review by a doctor or specialist who does not work for UnitedHealthcare. If you do not agree with the decision from the State Administrative Hearing, you can ask for an Independent Review within 21 calendar days of the hearing decision or you may go directly to Step 4. Call **1-877-542-8997** for help. You may ask for a quick decision if your health is at risk. Any extra information you want us to look at must be given to us within five working days of asking for the Independent Review. If you ask for this review, your case will be sent to an Independent Review Organization (IRO) within three working days. You do not have to pay for this review. UnitedHealthcare will let you know the decision.

## **STEP 4 – Health Care Authority (HCA) Board of Appeals: How do I ask for another legal review?**

You can ask for a final review of your case by the HCA Board of Appeals Review Judge. You must ask for this within 21 calendar days after the IRO decision is mailed. The decision of the HCA Board of Appeals is final.

### **STEP 2:**

#### Ask for a State Administrative Hearing

Contact the Office of Administrative Hearings (OAH)

Phone: **1-800-583-8271**

Address:

**P.O. Box 42489**

**Olympia, WA 98504-2489**

### **STEP 3:**

#### Ask for an Independent Review

Contact UnitedHealthcare

Phone: **1-877-542-8997**

Fax: **1-801-994-1082**

Address:

**P.O. Box 31364**

**Salt Lake City, UT 84131-0364**

### **STEP 4:**

#### Ask for a review by the HCA Board of Appeals

Phone: **360-725-0910**

Toll-free: **844-728-5212**

Fax: **360-507-9018**

Address:

**P.O. Box 42700**

**Olympia, WA 98504-2700**

## Other Information

### **Billed for Services:**

If you get a bill for health care services, call **1-877-542-8997**.

### **Second Opinion:**

At any time, you can get a second opinion about your health care or condition. Call **1-877-542-8997** to find out how to get a second opinion.

### **Children Under 21:**

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

### **Non-Covered Benefit:**

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

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

ETR decisions are final and cannot be appealed.

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

## Other Information *(continued)*

### Limited Benefit:

**Limitation extension:** Your provider may ask UnitedHealthcare to approve more services for you than your benefit package allows. It may be more in scope, number, length of time, or how often a service is provided. An example is more adult physical therapy visits than the 12 visits the benefit allows. This is called a Limitation Extension (LE). To be approved, it must meet the rules in Washington Administrative Code (WAC) 182-501-0169:

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

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

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

# Proceso para Reclamaciones y Apelaciones UnitedHealthcare Community Plan

## Proceso de reclamaciones

### ¿Cómo reporto una queja?

Las reclamaciones son quejas acerca de:

- La forma en que le trataron.
- La calidad de la atención o los servicios que recibió.
- Problemas para obtener atención.
- Problemas de facturación.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, llame al **1-877-542-8997**. Nosotros le comunicaremos que recibimos su reclamación dentro de dos días hábiles. Trataremos de resolver su reclamación de inmediato. Resolveremos su reclamación dentro de 45 días calendario y le informaremos cómo se resolvió.

Si usted es un cliente con necesidades de salud conductual, el Defensor (Ombuds) es alguien que puede ayudarlo con sus preguntas y cómo usted puede presentar reclamaciones. Si necesita información acerca de cómo puede ponerse en contacto con los Defensores locales, llame al **1-877-542-8997** o acuda a **UHCommunityPlan.com**.

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

Si necesita ayuda, llame al **1-877-542-8997** o para **TTD/TTY, llame al 711**. Mantendremos su información privada.

Para presentar una reclamación o apelación, comuníquese con:  
**UnitedHealthcare Community Plan**  
**Attention: Appeals and Grievance**  
**P.O. Box 31364**  
**Salt Lake City, UT 84131-0364**

Teléfono: **1-877-542-8997**  
Fax: **1-801-994-1082**

## Proceso de apelación

### ¿Cómo solicito la revisión de un servicio denegado?

Una apelación es una solicitud para revisar un servicio o referencia denegada. Usted puede apelar nuestra decisión si un servicio fue negado, reducido o terminado temprano. A continuación, se detallan los pasos del proceso de apelación:

**PASO 1:** Apelación ante UnitedHealthcare

**PASO 2:** Audiencia administrativa del estado

**PASO 3:** Revisión independiente

**PASO 4:** Juez de revisión de la junta de apelaciones de la Autoridad de atención médica (Health Care Authority – HCA)



## Continuación de los servicios durante el proceso de apelación

Si desea seguir recibiendo servicios aprobados previamente mientras revisamos su apelación, usted debe presentar su apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en su carta de denegación. Si la decisión final en el proceso de apelación coincide con nuestra decisión, es posible que deba pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

### PASO 1 – Apelación ante UnitedHealthcare: ¿Cómo solicito una apelación?

Usted tiene 60 días calendario después de la fecha de la carta de denegación enviada por UnitedHealthcare solicitando una apelación. Usted o su representante pueden solicitar una apelación por teléfono, en persona o por escrito. Si solicita una apelación por teléfono, también debe enviarla por escrito a nosotros con su firma. La información adicional para respaldar su apelación puede presentarse por teléfono, por escrito o en persona. Dentro de cinco días calendario, le haremos saber por escrito que hemos recibido su apelación. UnitedHealthcare puede ayudarle a presentar su apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame al **1-877-542-8997**.

Usted puede elegir a otra persona, incluyendo un abogado o proveedor, para representarlo y actuar en su nombre. Debe firmar una forma de consentimiento que autorice a esta persona a representarlo. UnitedHealthcare no cubre ningún cargo o pago a sus representantes. Esa es su responsabilidad.

Antes o durante la apelación, usted o su representante pueden solicitar copias de todos los documentos en el expediente de apelación y las guías o disposiciones de beneficios que se utilizaron para tomar la decisión. Esta información se le enviará gratuitamente.

UnitedHealthcare le comunicará nuestra decisión por escrito dentro de 14 días hábiles, a menos que le digamos que se necesita más tiempo. Nuestra revisión no tomará más de 28 días calendario. Nosotros mantendremos su apelación en privado.

Si usted o su proveedor desean una decisión rápida porque su salud está en riesgo, llame al **1-877-542-8997** para solicitar una revisión rápida de la negación (llamada “revisión acelerada”). Usted puede solicitar una revisión rápida si su salud física o mental está en grave riesgo o implica una autorización de medicamentos para la salud mental. Usted puede presentar una apelación acelerada ya sea oralmente o por escrito. Si usted solicita por una apelación acelerada por vía oral, no se requiere de un seguimiento por escrito. UnitedHealthcare se pondrá en contacto con usted con nuestra decisión dentro de 72 horas después de recibir su solicitud de una revisión acelerada.

Si usted solicita una apelación acelerada, pero UnitedHealthcare decide que su salud no está en riesgo, seguiremos el proceso como una apelación regular. Le enviaremos una carta que le informe la decisión y el motivo del cambio dentro de dos días hábiles a partir de su solicitud de apelación.

El plazo acelerado puede extenderse hasta 14 días calendario si se necesita información adicional para procesar su apelación, y el retraso es en su beneficio. Si UnitedHealthcare extiende el plazo, le enviaremos una carta dentro de los dos días calendario de su solicitud de apelación. Le contaremos por qué se necesita la extensión. También puede solicitar una prórroga.

### PASO 1: Para presentar una apelación ante UnitedHealthcare

Teléfono: **1-877-542-8997**

Fax: **1-801-994-1082**

Dirección:

**P.O. Box 31364**

**Salt Lake City, UT 84131-0364**

## **PASO 2 – Audiencia administrativa del estado: ¿Cómo puedo solicitar una revisión legal?**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de apelación de UnitedHealthcare, puede solicitar una Audiencia administrativa del estado. Debe completar el proceso de apelación de UnitedHealthcare antes poder tener una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de 120 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión de apelación. Cuando usted pide una audiencia, usted necesita declarar cual fue el servicio negado, cuando fue negado y la razón por la que fue negado. Su proveedor no puede pedir una audiencia en su nombre. Usted puede pedir una decisión rápida si su salud está en riesgo.

Usted puede consultar con un abogado o solicitar que otra persona lo represente en la audiencia. Si necesita ayuda para encontrar a un abogado, consulte con la oficina de servicios legales más cercana o llame a la línea de NW Justice CLEAR al 1-888-201-1014 o visite su sitio en internet en [www.nwjustice.org](http://www.nwjustice.org).

Usted puede solicitar una decisión rápida si su salud está en riesgo. Un juez tomará una decisión dentro de cuatro días hábiles después de recibir la solicitud. Si el juez decide que su salud no está en riesgo, OAH le llamará por teléfono y le enviará una carta dentro de cuatro días hábiles siguientes a la solicitud. Su audiencia cambiará al período de tiempo estándar.

## **PASO 3 – Revisión independiente: ¿Cómo puedo solicitar una revisión independiente?**

Una Revisión independiente es una revisión por un doctor o doctor especialista que no trabaja para UnitedHealthcare. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia administrativa del estado, puede solicitar una Revisión independiente dentro de los 21 días calendario a partir de la decisión de la audiencia o puede ir directamente al Paso 4. Llame al **1-877-542-8997** para obtener ayuda. Usted puede pedir una decisión rápida si su salud está en riesgo. Cualquier información adicional que usted quiera que examinemos debe ser entregada a nosotros dentro de cinco días hábiles después de la fecha cuando solicitó la Revisión independiente. Si usted pide esta revisión, su caso será enviado a una Organización de revisión independiente (IRO) dentro de tres días hábiles. Usted no tiene que pagar por esta revisión. UnitedHealthcare le informará la decisión.

### **PASO 2:** Para solicitar una Audiencia administrativa del estado

Comuníquese con la Oficina de audiencias administrativas (OAH)

Teléfono: **1-800-583-8271**

Dirección:

**P.O. Box 42489**

**Olympia, WA 98504-2489**

### **PASO 3:** Para solicitar una Revisión independiente

Comuníquese con UnitedHealthcare

Teléfono: **1-877-542-8997**

Fax: **1-801-994-1082**

Dirección:

**P.O. Box 31364**

**Salt Lake City, UT 84131-0364**

## **PASÓ 4 – Junta de Apelaciones de la Autoridad de Atención Médica (HCA): ¿Cómo solicito otra revisión legal?**

Usted puede pedir una revisión final de su caso por el Juez de revisión de la Junta de Apelaciones de HCA. Usted debe pedir esto dentro de 21 días calendario después de que la decisión de la IRO le sea enviada por correo. La decisión de la Junta de apelaciones de la HCA es definitiva.

**Paso 4:** Para solicitar una revisión por la Junta de Apelaciones de HCA

Teléfono: **360-725-0910**

Número gratuito: **844-728-5212**

Fax: **360-507-9018**

Dirección:

**P.O. Box 42700**

**Olympia, WA 98504-2700**

## **Información adicional**

### **Facturación por servicios:**

Si usted recibe una factura por servicios para la salud, llame al **1-877-542-8997**.

### **Segunda opinión:**

Usted puede obtener una segunda opinión acerca de su condición o de los cuidados de salud que recibe en el momento en que lo desee. Llame al **1-877-542-8997** para conocer cómo puede obtener una segunda opinión.

### **Niños menores de 21 años:**

El beneficio de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) proporciona servicios integrales y preventivos de atención médica para niños menores de 21 años que están cubiertos por Medicaid. Las MCO están obligadas a proporcionar cualquier servicio de atención médica adicional que se pueda cubrir bajo el programa federal de Medicaid y que se encuentre médicamente necesario para tratar, corregir o reducir las enfermedades y condiciones que se descubren. Cuando se deniega un servicio cubierto médicamente necesario, se proporcionan los derechos de apelación. Para los niños menores de 21 años, el proceso de excepción a la regla (ETR) no se aplica.

### **Excepción de beneficios no cubiertos:**

**Excepción a la regla:** Usted o su proveedor pueden pedir a UnitedHealthcare que apruebe un servicio que no sea un beneficio cubierto. Para los adultos, esto se denomina excepción a la regla (ETR).

- Debe solicitarlo antes de recibir el servicio.
- Para ser aprobado, su proveedor debe proveernos con la documentación explicando que su condición es muy diferente a la de la mayoría de las personas.
- Ningún otro servicio cubierto y menos costoso puede cubrir sus necesidades.
- La solicitud debe cumplir con las regulaciones del código administrativo de Washington (WAC) 182-501-0160 para su aprobación.

Las decisiones de ETR son finales y no pueden ser apeladas.

## Información adicional *(continuación)*

**Apelación:** Usted puede solicitar una apelación, una Audiencia administrativa del estado y después una Revisión independiente para asegurarse de que determinamos correctamente que el servicio no está cubierto. Usted puede pedir una apelación al mismo tiempo que usted o su proveedor solicitan una excepción a la regla.

### **Beneficio limitado:**

**Extensión de limitación:** Su proveedor puede pedirle a UnitedHealthcare que apruebe más servicios para usted de los que su paquete de beneficios lo permite. Puede ser más en la cobertura, número, duración del tiempo o con qué frecuencia se proporciona un servicio. Un ejemplo sería el número de visitas para terapia en adultos que las 12 visitas que el beneficio permite. Esto se denomina extensión de limitación (LE). Para ser aprobado, debe cumplir con las reglas en el código administrativo de Washington (WAC) 182-501-0169:

- Se debe pedir antes de obtener más del servicio.
- Su condición debe demostrar que está mejorando debido a los servicios que ha recibido.
- Su condición debe mostrar que es probable que continúe mejorando con más servicios y que probablemente empeore sin servicios continuos.

Usted puede solicitar una apelación al mismo tiempo que su proveedor solicite una extensión de limitación.

**El financiamiento para algunos servicios está limitado por el dinero disponible:** Si usted recibe servicios que son pagados por dólares de Medicaid, usted tiene el derecho de apelar una decisión que detenga o limite esos servicios. Algunos servicios se pagan con fondos de subvenciones del estado-solamente o federales. Si el dinero de la subvención del estado o federal se agota, no podemos aprobar el servicio para usted, aún si estamos de acuerdo en que los servicios son necesarios. No hay ningún proceso de apelación si un servicio se termina debido al agotamiento de fondos de subvenciones del estado-solamente o federales. A usted se le notificará si esta situación le afecta.