



## **Obteniendo los Servicios Que Necesita Cuando Su Plan de Salud Dice**

**Aprende Como:**

**Pedirle a AHCCCS que Revise la  
Decisión de Su Plan de Salud  
Obtener los Registros y  
Correspondencia Necesaria para Probar  
Su Caso a AHCCCS  
Demonstrar su caso en una audiencia  
de AHCCCS**

**Centro de Arizona para la Ley  
de Discapacidad  
Guía para Asesorarse Usted Mismo**

Si usted obtiene cuidado de salud por un plan de AHCCS tal como **Mercy Care, APIPA, Cigna Community Choice** o **Lifemark** y su plan le ha dicho que no le darán los servicios o equipo que usted necesita, hay pasos que usted puede tomar para tratar de obtener esos servicios. **Esta guía le dirá:**

1. **Como pedir que AHCCCS revise la decisión de su plan de salud.**
2. **Como obtener registros y cartas que le ayudarán a probar a AHCCCS que usted necesita el servicio que su plan de salud no proporcionará.**
3. **Como comprobar su caso en un audiencia de AHCCCS**



## **1. Pidiendo que AHCCCS Revise La Decisión De Su Plan de Salud**

Si su plan de salud le ha dicho que no proporcionaran un servicio ni el pedazo de equipo que usted necesita, como el cuidado de asistente o una silla de ruedas, usted puede hacer uno de estas cosas:

- **Escriba una carta o llame su plan de salud y pida que ellos revisen su decisión.** Esto se llama archivando una queja.
- **Pedirle a AHCCCS para una audiencia.**  
En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de decirle a AHCCCS la razón que usted necesita el servicio o el equipo que su plan no proporcionará. AHCCCS revisará la decisión de su plan de salud y decidirá si usted debe obtener el servicio o el equipo que su plan de salud no proporcionará.

### **Notas:**

- Usted todavía le puede preguntar a AHCCCS por una audiencia después que archiva una queja con su plan de salud si usted no esta de acuerdo con lo que su plan decide.
- En algunos casos, es posible que podrás mantener los servicios que usted estaba recibiendo antes de haber recibido la carta de su plan de salud. Si usted tiene preguntas acerca de como usted puede mantener los servicios que se le han negado hasta la fecha de su audiencia, por favor llame Arizona Center for Disability Law en Phoenix en (602) 274-6287 (voz o TTY) o en 1-800-927-2260 (voz o TTY - fuera de Phoenix).

Si le quiere preguntar a AHCCCS por una audiencia necesita:



**Pida una audiencia**

- **Leer la carta** que el plan de salud le mandó diciéndole que ellos no le proporcionarán el servicio ni el equipo que usted necesita. Vea la muestra en la página 8-9 de esta guía.
- **Escribe o Llame AHCCCS** y pida una audiencia. La carta de su plan de salud dirá cuando usted necesita hacer esto. Si usted no pide una audiencia durante el termino que la carta indica, no podras obtener una audiencia. Usted puede escribir a:

AHCCCS Administration  
PO Box 25520  
Mail Drop 6200  
Phoenix, AZ 85002

Llame: (602) 417-4232  
1-800-654-8713 (solamente fuera del condado Maricopa)

**Depués que usted pide la audencia, recibirá una carta de AHCCCS. Hay una carta de muestra en la página 10 de esta guía. La carta le dirá:**

- **La fecha, la hora y el lugar en donde será la audiencia.**  
La audiencia estará en un lugar llamado Office of Administrative Hearings (OAH).
- **El nombre del juez que estará en la audiencia.**

**Para obtener los servicios que usted quiere, usted debe ir al audiencia!**

**En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de decir porque usted necesita el servicio o el equipo que su plan le ha negado.**

## 2. Los registros y cartas que necesitara para probar su caso a AHCCCS

Antes de su audiencia, usted necesitará obtener los registros de su plan de salud y su doctor. Estos lo ayudarán probar a AHCCCS que usted necesita el servicio o el equipo que su plan de salud no proporcionará. Tome los pasos siguientes para obtener los expedientes y cartas que necesitas:

- **Escriba una carta a su plan de salud.** Pide que ellos le envíen una copia de su archivo. Su archivo puede tener informacion importante acerca de porque su plan de salud no proporcionara el servicio ni el pedazo de equipo que usted necesita. También pregúntale a su plan de salud que le mande una copia de las cartas, los registros, u otra informacion que ellos traerán a la audiencia. Vea la carta de muestra en la pagina 11 de esta guía.
- **Pídale a su doctor que escriba una carta.** La carta debe mencionar:
  - Su condición medica, con su diagnostico exacto.
  - Cuanto durara su condición.
  - Por que usted necesita el servicio o el equipo se ha negado.
  - Que problemas de salud ocurrirán si usted no obtiene los servicios ni el equipo.

A veces este tipo de carts se llama una carta de necesidad medica.

Pagina 12 de esta guía tiene una carta de muestra escrita por un doctor .

**Nota:** Si su plan de salud, o sudoctor no le dan sus registro, usted le puede pedir a el juez que se liste en su audiencia, que los ordene a hacerlo (citación). Para más información en cómo obtener una citación, llame la Office of Administrative Hearings en 602-542-9826 or visita su sitio de internet en [www.azoah.com](http://www.azoah.com).

### 3. Como comprobar su caso en una audiencia de AHCCCS

#### Antes de la audiencia:

- **Escriba una lista de los puntos que usted quiere hacer en la audiencia.**
- **Haz una lista de las razones que usted necesita el servicio o el equipo que su plan de salud no proporcionará.**
- **Lea las cartas y registros que obtuvo de su doctor y su plan de salud. Reviselas para ver si le pueden ayudar probar su caso al juez.**

#### En una audiencia, esto es lo que ocurre generalmente:



#### **#1 Usted presentará su caso.**

Usted le dirá al juez porque necesita el servicio o el equipo que su plan de salud no proporcionará. Si hay otra gente que puede ayudar explicarle al juez porque usted necesita el servicio o el equipo, ellos deben hablar también. Usted puede tener su doctor, terapeuta o aun un amigo puede venir con usted a la audiencia o hablar con el juez por teléfono. Si usted quiere que alguien hable con el juez por teléfono hay que llenar una forma. Usted obtendrá la forma de AHCCCS cuando ellos le mandan la carta acerca de la fecha de su audiencia.

Use las cartas o los registros que tiene de su plan de salud y su doctor para comprobar su caso.

#### Dígale al juez porque necesita el servicio o pedazo de equipo

#### **#2 Una persona de su plan de salud le hara preguntas.**

**#3 La persona de su plan de salud presentará el caso de la compañía. Ellos explicarán porque ellos no proporcionarán el servicio ni el pedazo de equipo.**

**#4 Entonces usted le hara preguntas a la persona del plan**

**de salud .**

- #5    Usted y la persona de la plan de salud tendrán una última oportunidad de decir por que usted debe o no debe obtener el servicio o pedazo de equipo.**
  
- #6    El oficial de la audiencia le madará una carta de decisión unos pocas semanas después de la audiencia.**

Traiga las cosas siguientes a la audiencia:

- **Sus registros medicos y la carta de su doctor que dice que necesita el servicio o el pedazo de equipo.**
- **Cualquier carta mandado entre usted y su plan de salud u otra informacion que ayudará a probar su caso.**
- **Una lista de los puntos que usted quiere hacer.**
- **Una lista de preguntas que usted quiere hacerle a su plan de salud**
- **Papel y lapiz — para tomar notas.**

**Si usted no gana en la audiencia, la carta del decisión del juez le dirá los proximos pasos que usted puede tomar para tratar de obtener lo servicios que usted necesita para parmanecer saludable.**

**Si usted tiene preguntas acerca de esta guía u otras preguntas acerca de sus derechos legales como una persona con discapacidad, escribe por favor El Centro de Arizona Para La Ley de Discapacidad:**

3839 North Third Street  
Suite 209  
Phoenix, AZ 85012

100 North Stone  
Suite 305  
Tucson, AZ 85701

( voz o Dispositivo de Telecomunicaciones para Personas con Discapacidad Auditiva)  
Llame: 602-274-6287                      Llame: 520-327-9547  
800-927-2260 (toll free)                      800-922-1447 (toll free)  
602-274-6779 (fax)                      520-323-0642 (fax)

correo electronico: center@acdl.com

**Si usted gustaria saber mas acerca de las clases que usted puede tomar en el Centro de Arizona Para La Ley de Discapacidad o si usted quiere leer mas acerca de cómo ayudarse y su familia, visita nuestro sitio del internet:**

**[www.acdl.com](http://www.acdl.com)**

Los fondos para este documento son proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos-Administración de Discapacidades en Desarrollo y el Centro para Servicios de Salud Mental, Departamento de Educación de los Estados Unidos - Administración de Servicios de Rehabilitación .

Las leyes federales y estatales pueden cambiar en cualquier momento. Si hay alguna duda sobre la vigencia de cualquier información en el manual, consulte con El Centro de Arizona Para la Ley de Discapacidad o con un abogado en su comunidad.

El objetivo de esta guía es proporcionar al las personas información general acerca de sus derechos y protecciones bajo la ley. No tiene la intención de sustituir la asesoría legal. Usted podría ponerse en contacto con El Centro de Arizona Para la Ley de Discapacidad o consultar con un abogado en su comunidad si usted necesita información adicional.

- Esta guía esta disponible en forma alternativas a solicitud.



**SAMPLE**

TO: Member ID

FROM: Grievance Assistant  
Arizona Physicians IPA  
3141 N. 3rd Ave  
Phoenix, AZ 85013  
1-800-722-1884

Your request for  
Electric wheelchair  
is denied because:

The requested service does not meet APIPA criteria / guidelines. The information provided by your physician is insufficient to determine the need or medical necessity for the above service. Notes indicate and medical director acknowledges that patient needs weight loss, exercise, NSAIDS and assistance devices for ambulation.

Our decision is based on this law:  
A.R.S. §36-2907; 2909 (H)(12)

**YOU HAVE A RIGHT TO APPEAL OUR DECISION**

You have a choice of two ways to appeal our decision.

1. You can ask us, your health plan, to review the decision by filing a grievance,

or

2. You can appeal directly to the AHCCCS Administration for a hearing and skip the grievance.

(over)

**CORPORATE OFFICE.** 3141 NORTH THIRD AVENUE. PHOENIX, AZ 85013-4345. (602) 274-6102  
**TUCSON OFFICE.** 333 EAST WETMORE ROAD. SUITE 137. TUCSON, AZ 85705-1759. (520) 293-1000

# ***SAMPLE***

No. 1 Grievance: To ask us to review the decision, you must ask for the review by calling or writing a letter to:

Grievance Assistant  
Arizona Physicians IPA  
3141 N. 3rd Ave  
Phoenix, AZ 85013  
1-800-722-1684

You must call or have your letter postmarked by 10/07/01 (60 days). We will try to reach a solution with you informally within ten days, but we are allowed thirty days to decide. If you are not satisfied with our decision, you may appeal for a hearing by the AHCCCS Administration.

No. 2 Appeal: To appeal directly to the AHCCCS Administration and skip the grievance, you must ask for a hearing either by calling or writing a letter to:

AHCCCS Administration  
P.O. Box 25520  
Mail Drop 6200  
Phoenix, AZ 85002  
(602) 417-4232

You must call or have your letter postmarked by 8/23/01 (15 days from notice postmark).

If you appeal directly to AHCCCS, the hearing will be held between 20 and 40 days from the date AHCCCS receives your request for an appeal hearing. If there is a possibility of substantial harm if the hearing is not held sooner, you can ask in your request that the hearing be held sooner than 20 days, and AHCCCS will decide whether the hearing will be held sooner than 20 days. AHCCCS will decide your appeal in no more than 90 days after it receives your request for a hearing.

You may designate a relative, friend or legal counsel to help you. Adult members can represent themselves at that hearing.

## How to Get Help to Represent You

To get help with this appeal you may contact the legal aid on the attached list or call the Arizona Center for Disability Law at 1-800-922-1447 in Southern Arizona and 1-800-927-2260 in Northern Arizona and Phoenix.

To learn more about the reasons for our decision or about the process, you may contact the person whose name and address appears at the top of the first page. You may also refer to your member handbook for more information about the process.

APIPA Medical Director

Date of Notice: 8/08/01

DOLOPEZ 2001215AAZL00002



AHCCCS

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM  
Committed to Excellence In Health Care

SAMPLE

Jane Dee Hull  
Governor

Phyllis Dieckess  
Director

AMENDED NOTICE OF HEARING FOR AHCCCS-RELATED MATTERS

October 30, 2000

RE: v. Department of Economic Security/DDD  
& AHCCCS Administration

NAME: ID#

Scottsdale, Arizona 85255

OAH Docket #: AHCCCS Grievance/Appeal #

Dear parties:

The Arizona Office Of Administrative Hearing (OAH), the Agency designated by State Law to conduct hearings on behalf of the AHCCCS Administration, has scheduled a hearing to be conducted on the following date and location:

Date: November 14, 2000

Time: 11:00 a.m.

Location: 1400 West. Washington, Suite 101, Phoenix, Arizona 85007

The issue to be addressed at the hearing is **medical necessity of environmental modification** as provided for in **A.R.S. § 36-2909; A.A.C. R9-22-101(B), R9-28-201, R9-28-205.**

OAH has appointed **Neal H. Jordan**, Administrative Law Judge, to conduct the hearing in accordance with A.R.S. § 36-2903.01 (B)(4) and A.A.C. R9-22-801 et seq.

Members and applicants may present evidence at the hearing with or without the assistance of counsel. Members and applicants may also be represented by agents who are not charging a fee. A legal entity may be represented by a full-time employee who is not charging an additional fee for representing the entity and whose primary responsibility is not to represent the legal entity.

Please note that the original of all correspondence and pleadings related to this matter must be filed with OAH at 1400 West Washington, Suite 101, Phoenix, Arizona, 85007. Copies of the correspondence must also be filed with all other parties and to the AHCCCS Administration, Office of Legal Assistance at P.O. Box 25520, Phoenix, Arizona, 85002. In preparation for this hearing, the AHCCCS Administration has forwarded a copy of the case file to OAH.

In accordance with A.R.S. §41-1092.08, the Administrative Law Judge shall provide the Director of the AHCCCS Administration a written decision within 20 days of the conclusion of the hearing. The Director of AHCCCS must then accept, reject or modify the Decision of the Administrative Law Judge within 30 days or the Administrative Law Judge Decision will become the final decision. Parties also have the opportunity to file a Motion for Rehearing or Review of the Director's Decision.

Persons with disabilities or special needs, including interpreters, may request reasonable accommodations. Requests should be made as soon as possible, but no later than 72 hours prior to the hearing. Please direct all requests for accommodations to OAH, at (602) 542-9826 or 1-877-203-0226. Friends, family or representatives of either party may not serve as interpreters.

Requests for telephonic hearings and continuances must be made in writing to OAH at least 15 days before the hearing in accordance with P2-19-106. Complete the attached forms and submit to OAH.

Sincerely,

# *SAMPLE*

February 19, 2002

Mercy Care Plan  
2626 East Indian School Road  
Phoenix, Arizona 85013

Re: Bob Jones  
Date of Birth: 09/25/62  
Member ID: 0 1 68231

Dear Sir or Madam:

Please send any and all documents, records and correspondence related to your denial of a power wheelchair for me within 10 days. The documents, records and correspondence should be sent to:

Bob Jones  
235 Pine Road  
Phoenix, Arizona 85007

Also, please send any information that you plan to present at the AHCCCS hearing scheduled for March 22, 2002, as I am entitled to that information at least 5 days in advance of the hearing.

Thank you for your time and attention to this request.

Sincerely,

Bob Jones

TO:

FROM:

DATE: December 21, 2001

RE:

To Whom It May Concern:

is a patient in my care for arthrogyrosis. She is a bright young lady who has significant limitations due to lower extremity deformities. She has had multiple surgeries, but still requires a wheelchair for ambulation.

I am requesting that you provide her with a manual wheelchair in addition to the electric wheelchair she generally uses. The purpose of this request is two-fold: Safety and therapy.

She has already had a significant injury related to the electric wheelchair. The controls on her chair were accidentally triggered at the top of her stairs, propelling her down the stairs. She was thrown out, down the stairs, dislocating her elbow. A manual wheelchair would be much safer for her routine use around the house. The home has limited space which makes it difficult to maneuver the electric wheelchair.

She also has significant difficulty with obtaining physical therapy. We are in a rural community with no physical therapist readily available. It would be very beneficial for her to use a manual wheelchair to assist in building and maintaining her upper extremity strength.

Your assistance in helping provide 's needs has been very appreciated. I feel that a manual wheelchair would be of great assistance in helping her overcome the limitations of her lifelong disease.

Sincere Thanks,