

## **PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES**

Si usted, un representante o su médico tratante eligen apelar una decisión donde se denegó el pago de los servicios, se puede presentar la apelación llamándonos al (800) 528-5763 o a la dirección que se incluye a continuación:

Lucet  
PO Box 6729  
Leawood, KS 66206-0729

Usted tiene derecho a tener un representante que actúe en su nombre. Todas las apelaciones se deben dirigir a la atención del Coordinador de apelaciones. Usted tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos u otra información relacionada con la apelación. Lucet revisa todas las solicitudes de apelación y todas las cartas, las denegaciones y los expedientes médicos anteriores.

Usted puede solicitar una apelación inmediata a una organización de revisión independiente si tiene una condición que pone en riesgo su vida.

Si actualmente está en el hospital, usted o su médico tratante pueden solicitar una apelación acelerada. Una apelación acelerada se resolverá dentro de los plazos definidos por su plan de beneficios o regulaciones aplicables.

Usted puede solicitar una apelación acelerada llamándonos al (800) 528-5763 o escribiendo a:

Lucet  
PO Box 6729  
Leawood, KS 66206-0729

Usted tiene derecho a una revisión independiente de esta decisión sin costo para usted si ha agotado los derechos de apelación disponibles para usted bajo su plan de salud.

Al recibir una solicitud de apelación, Lucet:

- Acusará recibo de su solicitud de una apelación.
- Documentará el contenido de su apelación y las medidas tomadas.
- Investigará el contenido de la apelación, incluyendo cualquier problema clínico involucrado.
- Pedirá que una persona o personas no involucradas en la decisión adversa anterior revisen esta apelación.
- Le enviará una carta explicando la resolución de la apelación y la base de la decisión dentro de los plazos definidos por su plan de beneficios o las regulaciones aplicables.
- Le informará sobre su derecho a buscar una revisión de la denegación por parte de una organización de revisión independiente y los procedimientos y forma para obtener la revisión.

Si se le denegó su reclamo debido a que un beneficio no está cubierto por su plan de salud, su apelación no será revisada por necesidad médica en ningún nivel de apelación independientemente de su condición médica. Una apelación por beneficios no cubiertos en su plan de salud se revisará atentamente para verificar que su reclamo se haya procesado correctamente de acuerdo con los términos de su plan de salud.