



## **SIMPLY HEALTHCARE PLANS, INC. MEMBER APPEAL PROCESS**

### **Statewide Medicaid Managed Care (SMMC) MediKids Program**

If you or your child's provider do not agree with a decision Simply Healthcare Plans, Inc. made, you can request a plan appeal. An appeal is when you ask us to look again at the service we said we would not pay for. This appeal process tells you how to file an appeal and answers other questions about appeals and state reviews.

We'll send you a Notice of Adverse Benefit Determination (NABD) letter if payment for a service you asked for on your child's behalf has been denied, limited, reduced, suspended or terminated. If you don't understand why we won't pay for the service, ask us to send you more information. Call us at 1-844-406-2396 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.

#### **I want to ask for an appeal. How do I do it?**

You can file an appeal verbally (orally) or in writing. You must file an appeal within 60 calendar days from the date you got the NABD letter. Mail your request to:

Simply Healthcare Plans, Inc.  
Appeals  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

The date of the verbal notice will be the date we get it.

Your written request must include this information:

- Your child's name
- Your child's member number
- A phone number where we can reach you or your child's legal representative

You may also mail this information with your request if you have it:

- Why you think we should change the decision
- Any medical information to support the request
- Who you would like to help with your child's plan appeal

If you have a special need, we can help file your appeal. Call Member Services at 1-844-406-2396 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.

Someone else can also help you with your appeal. This could be a family member, a friend, your child's provider or a lawyer.

#### **What else do I need to know?**

When we get your appeal, we'll send you a letter within five business days. This will tell you we got your appeal. You can talk to the doctor who looks at your child's case. We can help make sure you can meet with or talk to him or her.

You can ask for a free copy of the guidelines, medical records or other information used for this ruling. Call us at 1-844-406-2396 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.

We'll tell you what our ruling is within 30 calendar days of getting your appeal request. We can add up to 14 calendar days to an appeal review. This is called an extension. This may happen if:

- You ask for an extension
- Simply needs more information and the delay is in your child's interest

If the appeal review time is extended other than because you asked for it, Simply will call you on the same day of our decision and send you a letter within two days of our decision.

### **What if I have more information to give you?**

If you have more information to give us, mail it to:

Simply Healthcare Plans, Inc.  
Appeals  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

### **What can I do if I think I need an expedited appeal?**

You can ask for an expedited (rushed) appeal if you think the time for a standard appeal process could cause serious harm to your child's:

- Life
- Health
- Ability to attain, maintain or regain maximum function

You can also ask for an expedited appeal if the doctor who treats this medical condition believes the time for a standard appeal will cause your child severe pain. Severe pain is pain that can't get better without the service mentioned in this appeal. An expedited appeal will be handled within 48 hours. You can ask for an expedited appeal by calling 1-844-406-2396 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time. Ask for the grievance and appeals coordinator.

### **How to ask for a review by the state**

You may ask for a state review anytime up to 30 days after you get the Notice of Plan Appeal Resolution letter. Your case manager can help you with this, if you have one. You may ask for a state review by calling or writing to:

Agency for Health Care Administration  
Medicaid Hearing Unit  
P.O. Box 60127  
Ft. Myers, FL 33906  
1-877-254-1055 (toll-free)  
239-338-2642 (fax)  
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

After getting your request, the Agency for Health Care Administration (Agency) will tell you in writing they got it.

If you need help or have questions about this appeal process, please call Member Services at 1-844-406-2396 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.



**PROCESO DE APELACIÓN PARA AFILIADOS  
DE SIMPLY HEALTHCARE PLANS, INC.  
Programa Statewide Medicaid Managed Care (SMMC) MediKids**

Si usted o el proveedor de su hijo no están de acuerdo con una decisión tomada por Simply Healthcare Plans, Inc., usted puede solicitar una apelación ante el plan. Una apelación se da cuando usted nos pide que revisemos nuevamente el servicio que manifestamos que no pagaríamos. Este proceso de apelación le dice cómo presentar una apelación y responde otras preguntas acerca de apelaciones y revisiones estatales.

Le enviaremos una carta de Aviso de determinación adversa sobre beneficios (NABD) si el pago por un servicio que usted pidió a nombre de su hijo ha sido rechazado, limitado, reducido, suspendido o finalizado. Si no entiende por qué no pagaremos por el servicio, pídanos que le enviemos más información. Llámenos al 1-844-406-2396 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

**Quiero pedir una apelación. ¿Cómo lo hago?**

Puede presentar una apelación verbalmente (oralmente) o por escrito. Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que recibió La carta de NABD. Envíe su solicitud por correo a:

Simply Healthcare Plans, Inc.  
Appeals  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

La fecha del aviso verbal será la fecha en que lo recibimos.

Su solicitud escrita debe incluir esta información:

- El nombre de su hijo
- El número de afiliado de su hijo
- Un número telefónico al cual podamos comunicarnos con usted o el representante legal de su hijo

También puede enviar por correo esta información con su solicitud si la tiene:

- Por qué piensa que debemos cambiar la decisión
- Cualquier información médica para respaldar la solicitud
- Quién quiere que lo ayude con la apelación ante el plan de su hijo

Si tiene una necesidad especial, podemos ayudarle a presentar su apelación. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Alguien más también puede ayudarle con su apelación. Podría ser un pariente, un amigo, el proveedor de su hijo o un abogado.

### **¿Qué más debo saber?**

Cuando recibamos su apelación, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días laborales. Esta carta le informará que recibimos su apelación. Puede hablar con el médico que examina el caso de su hijo. Podemos ayudar a garantizar que usted se reúna o hable con él o ella.

Puede pedir una copia gratuita de los lineamientos, registros médicos u otra información usada para tomar esta decisión. Llámenos al 1-844-406-2396 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. Podemos añadir hasta 14 días calendario para una revisión de la apelación. Esto se llama extensión. Puede suceder si:

- Usted pide una extensión
- Simply necesita más información y el retraso es para el beneficio de su hijo

Si el tiempo de revisión de la apelación es extendido de otra manera que no sea porque usted lo pidió, Simply lo llamará el mismo día de nuestra decisión y le enviará una carta en un plazo de dos días de nuestra decisión.

### **¿Qué pasa si tengo más información que darles?**

Si tiene más información que darnos, envíela por correo a:

Simply Healthcare Plans, Inc.  
Appeals  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

### **¿Qué puedo hacer si pienso que necesito una apelación acelerada?**

Puede pedir una apelación acelerada (apurada) si piensa que el tiempo para un proceso estándar de apelación podría causarles perjuicios graves a estos aspectos de su hijo:

- Vida
- Salud
- Capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima

Usted también puede pedir una apelación acelerada si el médico que trata esta condición médica cree que el tiempo para una apelación estándar le ocasionará dolor severo a su hijo. El dolor severo es dolor que no puede mejorarse sin el servicio mencionado en esta apelación. Una apelación acelerada será manejada en un plazo de 48 horas. Puede pedir una apelación acelerada llamando al 1-844-406-2396 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este. Pregunte por el coordinador de quejas y apelaciones.

**Cómo pedir una revisión por parte del estado**

Puede pedir una revisión por parte del estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir la carta de Aviso de resolución de la apelación ante el plan. Su administrador de casos puede ayudarle con esto, si usted tiene uno. Puede pedir una revisión por parte del estado llamándonos o por escrito a:

Agency for Health Care Administration  
Medicaid Hearing Unit  
P.O. Box 60127  
Ft. Myers, FL 33906  
1-877-254-1055 (línea gratuita)  
239-338-2642 (fax)  
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Después de recibir su solicitud, la Agency for Health Care Administration (Agency) le informará por escrito que la recibieron.

Si necesita ayuda o tiene preguntas acerca de este proceso de apelación, llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.