

TUFTS HEALTH RITTOGETHER
MEMBER GRIEVANCES AND APPEALS

How to resolve concerns with Tufts Health Plan

Terms you need to know about Grievances and Appeals

Adverse Determination means a utilization review decision not to authorize (approve) a health care service. A decision to approve a health care service in another setting, a changed increase of stay, or another treatment is not an adverse determination if Tufts Health Plan and the provider agree on the decision. Adverse determinations are also decisions not to approve formulary and nonformulary medication.

Appeal means a review of an adverse determination upon request by a member or member's authorized representative to change all or part of the original decision.

Authorized Representative is, with the member's written consent, someone chosen by the member including the provider of record, who may seek review of determinations not to approve a service.

Emergent Health Care Services are provided during the sudden start of a medical, mental health, or substance use or other health care condition showing severe symptoms (e.g., severe pain) where not giving immediate medical attention could lead to the patient's health being in serious danger, serious damage to bodily or mental functions, or serious dysfunction of any organ or part.

Expedited (fast) Appeal means a request to change an initial adverse decision, for a prospective (prior to getting the service) or concurrent (service is currently being given) emergent health care service. Tufts Health Plan will decide on expedited appeals within 72 hours of the date the appeal is filed and all information needed to complete the appeal is received by Tufts Health Plan.

External Review/State Fair Hearing for cases where the Internal Appeal to change an adverse determination is unsuccessful, a State Fair Hearing is available through the Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) or an External Review is available by the External Review Agency.

Grievance is any expression of discontent by you or your Authorized Representative, if you identify one, about any action or inaction by Tufts Health Plan that is not an Adverse Determination. Grievances may include, but are not only, poor quality of care or services given, rudeness from a provider or employee of Tufts Health Plan, failure to respect your rights, a dispute you may have with our decision to deny a request to speed up (expedite) an Internal Appeal, and a dispute with our request to extend the time frame for resolving an authorization decision or an Internal Appeal.

Grievance Decision Review is a second review of a Grievance decision by Tufts Health Plan.

Internal Appeal is a review performed by Tufts Health Plan of an Adverse Determination upon request by a member or member's authorized representative, to change all or part of the original decision.

Translation Services

Translation services are available for all languages, in addition to the ones listed below, including but not limited to Braille, and in large font, upon request. For no-cost translation, call the number on your ID card.

For no-cost translation, call the number on your ID card.

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم المدون على بطاقة الهوية الخاصة بك.

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打ID卡上的電話號碼。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le numéro indiqué sur votre carte d'identité.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die Telefonnummer auf Ihrer Ausweiskarte an.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα Ελληνικά, καλέστε τον αριθμό που αναγράφεται στην αναγνωριστική κάρτα σας.

Haitian Creole Pou jwenn tradiksyon gratis nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo ki sou kat ID ou.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero indicato sulla tessera identificativa.

Japanese 日本語の無料翻訳についてはIDカードに書いてある番号に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, ID 카드에 있는 번호로 연락하십시오.

Laotian

ສຳລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ເທິງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Navajo Doo bááh ilíní da Diné k'ehjí álnéehgo, hodiilnih béesh bee hani'é bee nées ho'dílingo nantinígíí bikáá'.

Persian برای ترجمه رایگا فارسی به شماره تلفن مندرج در کارت شناسایی تان زنگ بزنید.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer znajdujący się na Pana/i dowodzie tożsamości.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número no seu cartão de identificação.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру, указанному на идентификационной карточке.

Spanish Para servicio de traducción gratuito en español, llame al número de su tarjeta de miembro.

Tagalog Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tawagan ang numero na nasa inyong ID card.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số trên thẻ căn cước của bạn.

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Tufts Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Tufts Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Tufts Health Plan provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Tufts Health Plan provides free

language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact Tufts Health Plan at **866.738.4116**.

If you believe that Tufts Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator Legal Dept.
705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472
Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 711]
Fax: 617.972.9048
Email: OCRCoordinator@tufts-health.com.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Tufts Health Plan Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Grievances

As a *Tufts Health RITogether* member, you or your Authorized Representative, if you identify one, has the right to file a Grievance with us. You may file a Grievance at any time and for any reason, including if:

- You are unhappy with the quality of care or services you get
- One of our providers or one of our employees is rude to you
- You think one of our providers or one of our employees did not respect your rights
- You are unhappy with one of our providers' office sites
- You were denied access to care
- You dispute our decision to extend the time frames for making an authorization decision or a standard Internal or Expedited (fast) Appeal decision
- You disagree with our decision not to expedite (speed up) an Internal Appeal request

How to file a Grievance

You or your Authorized Representative, if you identify one, may file a Grievance in the following ways:

- **Telephone** — call us at **866.738.4116**, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays (we offer interpreter services in 200 languages)
- **TTY/TTD** — call us at 711, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays
- **Mail** — mail a Grievance to Tufts Health Plan, Attn: Appeal and Grievance Team, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
- **Email** — email a Grievance via the “Contact us” section of our website at tuftshealthplan.com
- **Fax** — fax a Grievance to us at 857.304.6406
- **In person** — visit our 75 Fountain St Floor 1 Providence RI 02903-1852 address Monday through Friday, from 8 a.m. to 5 p.m., excluding holidays

Other people who can file a Grievance for you

Your Authorized Representative (someone you have asked in writing to act on your behalf) can file a Grievance for you. You can choose an Authorized Representative by sending us a signed Authorized Representative Form.

You can get this form by calling our member services team or our appeal and grievance team at **866.738.4116**, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays.

Once we receive a Grievance, we will:

- Tell you and your Authorized Representative, if you identify one, within **five calendar days** that we got your Grievance
- Look into your Grievance
- Tell you and your Authorized Representative in writing of the outcome of your Grievance within **30 calendar days** of when we get your Grievance
- Provide interpreter services, if necessary

How to request a Grievance Decision Review

If you are unhappy with how we resolve your Grievance, you or your Authorized Representative, if you choose one, may also request a Grievance Decision Review with us in the following ways:

- **Telephone** — call us at **866.738.4116**, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays (we offer interpreter services in 200 languages)
- **TTY/TTD** —call us at 711, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays
- **Mail** — mail a Grievance Decision Review to Tufts Health Plan, Attn: Appeal and Grievance Team, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
- **Email** — email a Grievance Decision Review request via the “Contact us” section of our website at tuftshealthplan.com
- **Fax** — request a Grievance Decision Review by faxing us at 857.304.6406
- **In person** — visit our 75 Fountain St Floor 1 Providence RI 02903-1852 address Monday through Friday, from 8 a.m. to 5 p.m., excluding holidays

Once we get your request for a Grievance Decision Review, we will:

- Tell you and your Authorized Representative, if you choose one, within **five calendar days** that we got your Grievance Decision Review
- Look into your Grievance Decision Review, including any related clinical care
- Tell you and your Authorized Representative in writing of the outcome of your Grievance Decision Review within **30 calendar days** of when we get your request
- Document your request and the actions taken
- Provide interpreter services, if necessary

Appeals

If you are not happy with a coverage determination made by Tufts Health Plan, you may call the Tufts Health Plan Member Services Team and tell us your concerns. If your coverage decision is based on medical necessity and your physician would like to discuss this determination with the case reviewer who made the decision, or seek an opportunity for reconsideration, they may call Tufts Health Plan at **866.738.4116**, from 8:30 a.m.-5 p.m. If you are still not happy, you may appeal as described below.

Your rights to appeal to Tufts Health Plan

As a Tufts Health Plan member, you or your Authorized Representative has the right to request an Internal Appeal for us to review an Adverse Determination.

You and your Authorized Representative have rights in the Internal Appeals process, including the right to:

- Send us written comments, documents, or other information about your Internal Appeal
- Review your case file, which includes all documents related to the Internal Appeal (we will send this to you upon request)

- File a Grievance if we deny your request for an Expedited (fast) Appeal and you or your Authorized Representative disputes that decision

You have the right to an Internal Appeal for any Adverse Determination. You also have the right to appeal our adverse Internal Appeal decision through a State Fair Hearing or External Review (see below).

We will help you fill out forms and follow procedures related to all Appeals. We can also provide interpreter services.

For complete information about our Internal Appeal process, State Fair Hearing, and the External Review, see the following:

How to request an Internal Appeal (standard or expedited (fast))

You or your Authorized Representative may request an Internal Appeal, to ask that we review any Adverse Determination, in the following ways:

- **Telephone** — call us at **866.738.4116**, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays (we offer interpreter services in 200 languages)
- **TTY/TTD** — call us at 711, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays
- **Mail** — request an Internal Appeal by mail, by sending a copy of the notice of Adverse Action and any additional information about the Internal Appeal to Tufts Health Plan, Attn: Appeal and Grievance Team, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
- **Email** — request an Internal Appeal by email via the “Contact us” section of our website at tuftshealthplan.com
- **Fax** — request an Internal Appeal by faxing us at 857.304.6406
- **In person** — visit our 75 Fountain St Floor 1 Providence RI 02903-1852 address Monday through Friday, from 8 a.m. to 5 p.m., excluding holidays

If we do not have enough information to make a decision on your Internal Appeal, we will ask you for it. If you do not give us the additional information, we may deny your Internal Appeal. You or your Authorized Representative must request your Internal Appeal within **60 calendar days** of the notice of Adverse Determination. You or your Authorized Representative may also send us written comments, documents, or any additional information about your Internal Appeal.

If we do not get your request for an Internal Appeal within **60 calendar days**, the Adverse Determination will be final. If you file your Internal Appeal after this time frame, it will be dismissed. Upon receipt of additional information for the timely submission of the appeal, we will decide whether to reverse the dismissal and continue your Internal Appeal.

We will let you or your Authorized Representative know we got your Internal Appeal request by sending you a written notice within **five calendar days**.

Standard Internal Appeal

After looking into your Internal Appeal (including any additional information from you, your Authorized Representative or your provider), we will make a decision on your Internal Appeal based on a review by a healthcare professional who has appropriate clinical expertise.

We will make our decision as soon as practical, but in no case later than 30 calendar days. If we need more information and we expect our review to take longer than **30 calendar days**, we may allow for an extension (if it is in the best interest of the member) of up to 14 calendar days **for receipt of the necessary information**. Instead, in appropriate circumstances, you may also ask for an expedited (fast) internal appeal, following the process described later in the Expedited (fast) Appeal section.

If we deny your Internal Appeal, you or your Authorized Representative may request an External Review and/or a State Fair Hearing following the process described in the External Review section.

Expedited (fast) Internal Appeal

When taking the time for a standard Internal Appeal could risk your life, or cause you severe pain, we have an Expedited Appeal process.

You or your Authorized Representative can request an Expedited Appeal. You or your Authorized Representative must request your Expedited Appeal within **60 calendar days** of the notice of the Adverse Determination.

If the request for an Expedited Appeal does not have to do with a specific urgent health condition, it may not be expedited. If we do not consider it an Expedited Appeal request, we will tell you or your Authorized Representative within **two calendar days** and treat your Internal Appeal as standard. If a member disagrees with this, they can file a grievance.

If we deny your Expedited (fast) Appeal, you or your Authorized Representative may request an External Review and/or State Fair Hearing, following the process described.

If we accept your Expedited Appeal request, we will make a decision as quickly as your condition requires but no later than 72 hours of the date the appeal is filed and all information necessary to complete the appeal is received, and we will tell you or your Authorized Representative our decision by phone and in writing. We may allow for a 14 calendar day extension to complete your Expedited Appeal Review.

Requesting an External Review and/or a State Fair Hearing

If you are still not satisfied after you completed the Internal Appeal, you have two other things you may do. First, you may request a State Fair Hearing with the Executive Office of Health and Human Services (EOHHS). This hearing is free of charge. You must exhaust Tufts Health Plan's Internal Appeal process before requesting a State Fair Hearing. If your Internal Appeal was denied, a DHS-121 (Request for Hearing Form) has been included.

To request a State Fair Hearing:

- Call 401.462.2132 (TTY 401.462.3363), after you have finished the Tufts Health Plan internal appeals process
- Fax request to: 401.462.0458
- Email request to: OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov
- Mail request to: EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920

A State Fair Hearing must be asked for within 120 calendar days of the outcome date of the Internal Appeal decision.

The second thing you may do is to ask us to file an External Appeal on your behalf through an External Review Agency. An External Appeal must be requested by you within 4 months of receiving the notice that the appeal was denied. There is no cost to you for an external review associated with filing an External Appeal. However, for providers who request an independent external review on their own behalf, there is a cost. Please call us at **866.738.4116** (TTY: 711) so we can help you file an External Appeal.

When an External Review or State Fair Hearing is finished, we will comply with, and implement the decision. We will authorize or provide the services no later than 72 hours.

Continuing Coverage During Appeal Process

If you have previously approved services that were reduced, suspended or ended by *Tufts Health RITogether*, we will continue covering your services during the Appeal process, unless you tell us that you don't want to get continuing services. Note, this does not include denied requests to extend treatment beyond a previously approved period. We will keep covering previously approved services until there is a decision on your Appeal. If your Appeal qualifies for continuing services, you will receive the services at a covered level as long as we get the Appeal request within 10 calendar days from the notice of Adverse Action. If you don't get a notice, as long as we get the Appeal request within 10 calendar days from when you learned of the Adverse Action, we will continue covering services. If you lose the Appeal, you may have to pay back the cost of these services.

Consumer Assistance Resource

If you are dissatisfied with how we handled your appeal, you may contact:

Office of the Health Insurance Commissioner's Consumer Assistance Program, RIREACH
1210 Pontiac Avenue
Cranston, RI 02920
(855) 747-3224
www.rireach.org

Questions or concerns?

If you have questions or concerns about the Grievance and/or Appeal process, please call us at **866.738.4116** (TTY: 711), Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m., excluding holidays.

Complaints

To file a complaint, please contact us at **866.738.4116** (TTY: 711), Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m.

TUFTS HEALTH RITTOGETHER
QUEJAS Y APELACIONES DEL MIEMBRO

Cómo resolver problemas con Tufts Health Plan

Términos que necesita saber sobre quejas y apelaciones

Determinación Adversa quiere decir una decisión de revisión de la utilización de no autorizar (aprobar) un servicio de cuidado de la salud. Una decisión de aprobar un servicio de cuidado de la salud en otro contexto, el cambio de la duración de la estadía u otro tratamiento no es una determinación adversa si Tufts Health Plan y el proveedor están de acuerdo con la decisión. Las Determinaciones Adversas también son decisiones de no aprobar medicamentos que figuran y no figuran en el formulario.

Apelación quiere decir una revisión de una determinación adversa ante el pedido de un miembro o representante autorizado del miembro de cambiar toda o parte de la decisión original.

Representante Autorizado es, con el consentimiento por escrito del miembro, alguien elegido por el miembro que incluye al proveedor registrado, quien podría solicitar la revisión de las determinaciones de no aprobar un servicio.

Servicios Emergentes del Cuidado de la Salud son provistos durante la aparición inesperada de una condición médica, de salud mental o uso de sustancias u otra condición del cuidado de la salud que muestra síntomas severos (por ej., dolor fuerte) en la que no brindar atención médica inmediata podría llevar a que la salud del paciente corra serio peligro, cause daños serios a funciones corporales o mentales o una seria disfunción de cualquier órgano o parte.

Apelación Acelerada (rápida) quiere decir un pedido de cambiar una decisión inicial adversa, de un servicio de atención de la salud potencial (antes de recibir el servicio) o concurrente (el servicio ya se recibe). Tufts Health Plan decidirá las apelaciones aceleradas dentro de 72 horas de la fecha en que se presenta la apelación y Tufts Health Plan haya recibido toda la información necesaria para completar la apelación.

Evaluación Externa/Audiencia Justa del Estado para casos donde la Apelación Interna para cambiar una determinación adversa no tiene éxito, una Audiencia Justa del Estado está disponible a través de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) o una Evaluación Externa está disponible a través de la Agencia de Evaluación Externa.

Queja es cualquier expresión de descontento suya o de su Representante Autorizado, si identifica a uno, sobre cualquier medida o falta de medida de Tufts Health Plan que no sea una Determinación Adversa. Las Quejas pueden incluir, pero no se limitan a, la pobre calidad de la atención o servicios provistos, groserías de parte de un proveedor o empleado de Tufts Health Plan, no respetar sus derechos, una disputa que pueda tener con una decisión nuestra de rechazar una solicitud para que una Apelación Interna sea acelerada, y una disputa con nuestra solicitud de extender los períodos de tiempo para resolver la decisión de una autorización o una Apelación Interna.

Revisión de la Decisión de una Queja es una segunda revisión de la decisión de una Queja de Tufts Health Plan.

Apelación Interna es una revisión realizada por Tufts Health Plan de una Determinación Adversa ante el pedido de un miembro o representante autorizado del miembro de cambiar toda o parte de la decisión original.

Servicios de traducción

Hay servicios de traducción disponibles para todos los idiomas, además de los que se listan a continuación, que incluyen pero no se limitan a Braille y en letra grande, si los solicita. Para obtener una traducción gratuita, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Para obtener una traducción gratuita, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم المدون على بطاقة الهوية الخاصة بك.

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打ID卡上的電話號碼。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le numéro indiqué sur votre carte d'identité.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die Telefonnummer auf Ihrer Ausweiskarte an.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα Ελληνικά, καλέστε τον αριθμό που αναγράφεται στην αναγνωριστική κάρτα σας.

Haitian Creole Pou jwenn tradiksyon gratis nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo ki sou kat ID ou.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero indicato sulla tessera identificativa.

Japanese 日本語の無料翻訳についてはIDカードに書いてある番号に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាបកប្រែធានាឥតគិតថ្លៃ ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, ID 카드에 있는 번호로 연락하십시오.

Laotian

ສຳລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ເທິງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Navajo Doo bą́ąh ilíní da Diné k'ehjí álnéehgo, hodiilnih béésh bee haní'é bee nées ho'dílingo nantinígíí bikáá'.

Persian برای ترجمه رایگان فارسی به شماره تلفن مندرج در کارت شناسایی تان زنگ بزنید.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer znajdujący się na Pana/i dowodzie tożsamości.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número no seu cartão de identificação.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру, указанному на идентификационной карточке.

Spanish Para servicio de traducción gratuito en español, llame al número de su tarjeta de miembro.

Tagalog Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tawagan ang numero na nasa inyong ID card.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số trên thẻ căn cước của bạn.

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan proporciona

asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Tufts Health Plan proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al **866.738.4116**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Coordinator Legal Dept.
705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472
Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 711]
Fax: 617.972.9048
Email: OCRCoordinator@tufts-health.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Quejas

Como miembro de *Tufts Health RITogether*, usted o su Representante Autorizado, si identifica a uno, tienen el derecho a presentar una Queja ante nosotros. Usted puede presentar una Queja en cualquier momento y por cualquier razón, incluyendo si:

- No está contento con la calidad de la atención o los servicios que recibe
- Uno de nuestros proveedores o uno de nuestros empleados es grosero
- Piensa que uno de nuestros proveedores o uno de nuestros empleados no respeta sus derechos
- No está contento con el consultorio de uno de nuestros proveedores
- Se le negó el acceso a la atención
- Usted disputa nuestra decisión de extender los períodos de tiempo para tomar una decisión sobre una autorización o una decisión de Apelación Interna Estándar o Acelerada (Rápida)
- Está en desacuerdo con nuestra decisión de no acelerar (atender con más rapidez) un pedido de Apelación Interna

Cómo presentar una Queja

Usted o su Representante Autorizado, si identifica a uno, pueden presentar una Queja de las siguientes maneras:

- **Teléfono** — llámenos al **866.738.4116**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. excluyendo feriados (ofrecemos servicios de intérpretes en 200 idiomas)
- **TTY/TTD** — llámenos al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., excluyendo los días feriados
- **Correo** — envíe una Queja por correo a Tufts Health Plan, Attn: Appeal and Grievance Team, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
- **Correo electrónico** — envíe un mensaje electrónico con una Queja a través de la sección “Comuníquese con nosotros” de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com

- **Fax** — envíe la Queja por fax al 857.304.6406
- **En persona** —visítenos en nuestra dirección de 75 Fountain Street, Floor 1, Providence, RI, 02903, de lunes a viernes, de 8 a.m. to 5 p.m., excluyendo feriados

Otras personas que pueden presentar una Queja en su nombre

Su Representante Autorizado (alguien a quien ha pedido por escrito que actúe en su nombre) puede presentar una Queja en su nombre. Usted puede elegir a un Representante Autorizado enviándonos un Formulario de Representante Autorizado firmado. Usted puede obtener este formulario llamando a nuestro equipo de servicios para miembros o a nuestro equipo de quejas y apelaciones al **866.738.4116**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., excluyendo los días feriados.

Una vez que recibimos una Queja, nosotros:

- Le informaremos a usted y a su Representante Autorizado, si identifica a uno, en **cinco días hábiles** que recibimos su Queja
- Investigaremos su Queja
- Le informaremos a usted y su Representante Autorizado por escrito el resultado de su Queja dentro de **30 días calendario** desde el momento en que recibimos su Queja
- Proporcionaremos los servicios de un intérprete, si fuera necesario

Cómo solicitar una Revisión de la Decisión de una Queja

Si no está satisfecho con la manera en que resolvemos su Queja, usted o su Representante Autorizado, si eligió a uno, pueden solicitar una Revisión de la Decisión de la Queja ante nosotros de las siguientes maneras:

- **Teléfono** — llámenos al **866.738.4116**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. excluyendo feriados (ofrecemos servicios de intérpretes en 200 idiomas)
- **TTY/TTD** — llámenos al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., excluyendo los días feriados
- **Correo** — envíe una Revisión de la Decisión de una Queja por correo a Tufts Health Plan, Attn: Appeal and Grievance Team, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
- **Correo electrónico** — solicite una Revisión de la Decisión de una Queja por mensaje electrónico con una Queja a través de la sección “Comuníquese con nosotros” de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com
- **Fax** — solicite una Revisión de la Decisión de una Queja por fax al 857.304.6406
- **En persona** —visítenos en nuestra dirección de 75 Fountain Street, Floor 1, Providence, RI, 02903, de lunes a viernes, de 8 a.m. to 5 p.m., excluyendo feriados

Una vez que recibamos su solicitud de Revisión de la Decisión de una Queja, nosotros:

- Le informaremos a usted y a su Representante Autorizado, si identifica a uno, en **cinco días hábiles** que recibimos su Revisión de la Decisión de la Queja
- Investigaremos su Revisión de la Decisión de la Queja, incluyendo cualquier cuidado clínico relacionado
- Le informaremos a usted y su Representante Autorizado por escrito el resultado de su Revisión de la Decisión de la Queja dentro de **30 días calendario** desde el momento en que recibimos su pedido
- Documentaremos su pedido y las medidas tomadas
- Proporcionaremos los servicios de un intérprete, si fuera necesario

Apelaciones

Si no está contento con una determinación de la cobertura tomada por Tufts Health Plan, puede llamar al Equipo de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan y mencionarnos su inquietud. Si su decisión de la cobertura se basa en necesidad médica y su médico desea conversar sobre esta determinación con el revisor de casos que tomó la decisión o solicitar una oportunidad de reconsideración, ellos pueden llamar a Tufts Health Plan al **888.738.4116**, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Si todavía no está contento, puede apelar tal como se describe a continuación.

Sus derechos de apelar al Tufts Health Plan

Como miembro de *Tufts Health Plan*, usted o su Representante Autorizado tienen el derecho a solicitar una Apelación Interna para que nosotros evaluemos una Determinación Adversa.

Usted o su Representante Autorizado tienen derechos en el proceso de Apelación Interna, incluyendo el derecho a:

- Enviarnos sus comentarios escritos, documentos u otra información sobre su Apelación Interna
- Revisar el archivo de su caso, que incluye todos los documentos relacionados con la Apelación Interna (se lo enviaremos si lo solicita)
- Presentar una Queja si nosotros negamos su solicitud de una Apelación Interna Acelerada (Rápida) y usted o su Representante Autorizado disputan dicha decisión

Usted tiene el derecho a una Apelación Interna por cualquier Determinación Adversa. Usted también tiene el derecho a apelar nuestra decisión de Apelación Interna a través de una Audiencia Justa del Estado o Revisión Externa (ver a continuación).

Nosotros le ayudaremos a completar los formularios y cumplir los procedimientos relacionados con todas las Apelaciones. También podemos ofrecer el servicio de intérpretes.

Para obtener información completa sobre nuestro proceso de Apelación Interna del Estado, Audiencia Justa y la Revisión Externa, consulte lo siguiente:

Cómo solicitar una Apelación Interna (estándar o acelerada [rápida])

Usted o su Representante Autorizado pueden presentar una Apelación Interna para pedir que revisemos cualquier Determinación Adversa de las siguientes maneras:

- **Teléfono** — llámenos al **866.738.4116**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. excluyendo feriados (ofrecemos servicios de intérpretes en 200 idiomas)
- **TTY/TTD** — llámenos al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., excluyendo los días feriados
- **Correo** — solicite una Apelación Interna por correo, con una copia de la notificación de Medida Adversa y cualquier información adicional sobre la Apelación Interna a Tufts Health Plan, Attn: Appeal and Grievance Team, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
- **Correo electrónico** — solicite una Apelación Interna por correo electrónico a través de la sección “Comuníquese con nosotros” de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com
- **Fax** — solicite por fax una Apelación Interna al 857.304.6406
- **En persona** —visítenos en nuestra dirección de 75 Fountain Street, Floor 1, Providence, RI, 02903, de lunes a viernes, de 8 a.m. to 5 p.m., excluyendo feriados

Si no tenemos suficiente información para tomar una decisión sobre su Apelación Interna, se la pediremos. Si no nos entrega la información adicional, podremos rechazar la Apelación Interna. Usted o su Representante Autorizado deben solicitar su Apelación Interna dentro de los **60 días calendario** de la notificación de la Determinación Adversa. Usted, o su Representante Autorizado, también pueden enviarnos comentarios escritos, documentos o cualquier información adicional sobre su Apelación Interna.

Si no recibimos su solicitud de una Apelación Interna dentro de los **60 días calendario**, la Determinación Adversa será considerada definitiva. Si usted presenta su Apelación Interna después de este período, será rechazada. Luego de recibir la información adicional para la presentación a tiempo de la apelación, decidiremos si cancelar el rechazo y continuar su Apelación Interna.

Nosotros le informaremos a usted o a su Representante Autorizado que recibimos su pedido de Apelación Interna enviándole una notificación por escrito dentro de **cinco días calendario**.

Apelación Interna Estándar

Después de evaluar su Apelación Interna (que incluye la información adicional que recibimos de usted, su Representante Autorizado o su proveedor), tomaremos una decisión sobre su Apelación Interna basada en una revisión hecha por un profesional de atención de la salud con los conocimientos clínicos apropiados.

Tomaremos nuestra decisión lo antes posible, pero en ningún caso, después de 30 días calendario. Si necesitamos más información y esperamos que nuestra evaluación lleve más de **30 días calendario**, podremos permitir una extensión (si es lo mejor para el miembro) de 14 días calendario **para recibir toda la información necesaria**. En cambio, en las circunstancias apropiadas, podrá solicitar una apelación interna acelerada (rápida), siguiendo el proceso que describe en la sección Apelación Acelerada (rápida).

Si rechazamos su Apelación Interna, usted o su Representante Autorizado podrán solicitar una Revisión Externa y/o Audiencia Justa del Estado, siguiendo el proceso descrito en la sección Revisión Externa.

Apelación Interna Acelerada (rápida)

Cuando tomarse el tiempo de una Apelación Interna estándar podría poner en riesgo su vida o causarle dolor severo, tenemos un proceso de Apelación Acelerada.

Usted o su Representante Autorizado pueden solicitar una Apelación Acelerada. Usted o su Representante Autorizado deben solicitar su Apelación Acelerada dentro de los **60 días calendario** de la notificación de la Determinación Adversa.

Si el pedido de una Apelación Acelerada no tiene que ver con una condición médica específica urgente, podría no ser acelerada. Si no la consideramos un pedido de Apelación Acelerada, lo informaremos a usted o a su Representante Autorizado dentro de **dos días calendario** y trataremos su Apelación Interna como si fuera estándar. Si un miembro está en desacuerdo con esto, pueden presentar una queja.

Si negamos su Apelación Acelerada (rápida), usted o su Representante Autorizado podrán solicitar una Revisión Externa y/o Audiencia Justa del Estado, usando el proceso descrito.

Si aceptamos su pedido de Apelación Acelerada, tomaremos la decisión con la rapidez que requiera su condición pero a más tardar en 72 horas desde la fecha de presentación de la apelación y de recibir toda la información necesaria para completar la apelación, y le informaremos a usted o a su Representante Autorizado nuestra decisión por teléfono y por escrito. Podremos permitir una extensión de 14 días calendario para completar su Revisión de Apelación Acelerada.

Solicitar una Evaluación Externa y/o Audiencia Justa del Estado

Si todavía no está satisfecho después de completar la Apelación Interna, hay otras dos cosas que puede hacer. Primero, puede solicitar una Audiencia Justa del Estado ante la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS). Esta audiencia es gratuita. Usted debe agotar el proceso de Apelación Interna de Tufts Health Plan antes de solicitar una Audiencia Justa del Estado. Si se rechazó su Apelación Interna, se ha incluido un formulario DHS-121 (Formulario de Pedido de Audiencia).

Para solicitar una Audiencia Justa de Estado:

- Llame al 401.462.2132 (TTY 401.462.3363), después de haber terminado el proceso de apelación interna de Tufts Health Plan
- Envíe su pedido por fax al: 401.462.0458
- Envíe su pedido por correo electrónico a: OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov

- Envíe su pedido por correo a: EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920

Una Audiencia Justa del Estado debe ser solicitada dentro de los 120 días calendario de la fecha del resultado de la decisión de la Apelación Interna.

La segunda cosa que puede hacer es pedirnos que presentemos una Apelación Externa en su nombre a través de una Agencia de Revisión Externa. Una Apelación Externa debe ser solicitada por usted dentro de los 4 meses de recibir la notificación de que se rechazó la apelación. Una evaluación externa no tiene costos asociados para usted con la presentación de una Apelación Externa. Sin embargo, para proveedores que solicitan una evaluación externa independiente por su cuenta, no tiene costo. Por favor, llámenos al **866.738.4116** (TTY: 711) para que podamos ayudarlo a presentar una Apelación Externa.

Cuando se termine la Revisión Externa o una Audiencia Justa del Estado, nosotros cumpliremos e implementaremos la decisión. Nosotros autorizaremos o provereemos los servicios a más tardar en 72 horas.

Continuación de la cobertura durante el proceso de apelación

Si usted recibe servicios previamente aprobados que fueron reducidos, suspendidos o cancelados por *Tufts Health RITogether*, continuaremos cubriendo sus servicios durante el proceso de Apelación, a menos que usted nos diga que no desea recibir los servicios de continuación. Note, esto no incluye los pedidos rechazados de extender el tratamiento más allá de un período previamente aprobado. Nosotros continuaremos cubriendo los servicios previamente aprobados hasta que se tome una decisión sobre su Apelación. Si su Apelación cumple los requisitos de los servicios de continuación, usted recibirá los servicios al nivel cubierto siempre que recibamos el pedido de Apelación dentro de 10 días calendario desde la notificación de la Medida Adversa. Si usted no recibe una notificación, siempre que recibamos el pedido de Apelación dentro de 10 días calendario desde el momento en que se enteró de la Medida Adversa, continuaremos cubriendo los servicios. Si pierde la Apelación, podría tener que reembolsar el costo de estos servicios.

Recurso de asistencia al consumidor

Si no está satisfecho con cómo atendimos su apelación, puede contactar a:

Office of the Health Insurance Commissioner's Consumer Assistance Program, RIREACH
1210 Pontiac Avenue
Cranston, RI 02920
(855) 747-3224
www.rireach.org

¿Preguntas o inquietudes?

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el proceso de Queja y/o Apelación, por favor llámenos al **866.738.4116** (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., excluyendo los feriados.

Reclamos

Para presentar un reclamo, por favor llámenos al **866.738.4116** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.