

Plantilla de apelación para Se nos negó ABA debido a la edad o gravedad de nuestro hijo.

Esta apelación puede ser presentada por la familia y el proveedor de ABA aprobado por Medicaid que está sirviendo al niño.

Indicaciones:

Primero, copie la siguiente plantilla e inserte su información individual donde vea "XX". En segundo lugar, envíe su solicitud de apelación a su plan de atención administrada. Consulte la información de contacto debajo de la plantilla.

Plantilla de apelación:

Estoy presentando una apelación para mi hijo elegible para Medicaid, (nombre y número XX de Medicaid). Mi hijo fue diagnosticado con trastorno del espectro autista (TEA) por un profesional con licencia y prescribió terapia de análisis de comportamiento aplicado (ABA). Mi hijo recibió una denegación de mi plan de atención administrada basado en el XX (edad o nivel de gravedad) de mi hijo. El estándar de Medicaid es un estándar individualizado y debe ver a mi hijo como un individuo. Medicaid necesita aplicar los estándares de atención generalmente aceptados (GASC) para la terapia ABA en el tratamiento de TEA. El recurso público GASC publicado por el Consejo de Proveedores de Servicios de Autismo es "Tratamiento de análisis de comportamiento aplicado del trastorno del espectro autista: pautas de práctica para financiadores y gerentes de atención médica. El mandato federal de EPSDT proporciona exámenes tempranos, periódicos, diagnósticos y tratamientos, y se aplica y requiere que la agencia estatal de Medicaid cubra y garantice que mi hijo reciba esta atención médicamente necesaria. El tratamiento oportuno es esencial y cada día sin tratamiento amenaza el funcionamiento actual y futuro. Estamos solicitando autorización para la terapia ABA según lo prescrito y basado en la necesidad médica de los estándares de atención sin que se apliquen limitaciones de tratamiento cuantitativas (edad) o no cuantitativas (gravedad). -Información de contacto familiar XX (nombre, dirección, teléfono, correo electrónico, nombre del niño y número de Medicaid)

Información de contacto para planes de atención administrada: Si no aparece ningún correo electrónico, considere enviar su apelación por fax.

Aetna Better Health of IL - Email: ILAppealandgrievance@aetna.com, Tel: 866-329-4701, Fax: 877-668-2076, Mail: Aetna Better Health of IL, Attn: Appeals Dept., P.O. Box 81139, Cleveland, OH 44181. Anteriormente Illinicare Health.

Plan comunitario Blue Cross Blue Shield – Correo electrónico: desconocido, Tel: 877-860-2837, Fax: 866-643-7069, Mail: BCBS, Attn: Grievance and Appeals Unit, P.O. Box 27838, Albuquerque, NM 87125-9705.

Plan de salud CountyCare (HealthChoice) – Correo electrónico: desconocido, Tel: 312-864-8200, Fax: 866-200-5031, Correo: CountyCare Health Plan, Attn: CCH A&G Department, P.O. Box 21153, Eagan, MN 55121. Solo en el condado de Cook.

Humana Health Plan – Correo electrónico: desconocido, Tel: 1-800-787-3311, Fax: 1-855-336-6220, Correo: Attn: Grievance and Appeal Dept. , PO Box 14546, Lexington, KY 40512-4546

Meridian Health Plan – Correo electrónico: desconocido, Tel: 866-606-3700, Fax: 312-508-7255, Correo: Meridian Health, Attn: Complaint Coordinator or Appeals, Coordinator, PO box 44287, Detroit, MI 48226.

Molina Healthcare of Illinois - Correo electrónico: MHI.IL.Appeal@MolinaHealthCare.Com, Tel: 855-687-7861, Fax: 855-502-5128, Correo: Molina of Illinois, Attn: Grievance and Appeals Dept., 1520 Kensington Road Suite 212, Oak Brook, IL 60523.

Cuidado de la juventud – Póngase en contacto con el trabajador social con el departamento de salud de Childy Family Services.

Solo Medicaid : un miembro de Medicaid que no esté inscrito en atención administrada puede presentar una apelación en DHS.BAH@Illinois.gov.