

## **Plantilla de apelación para la denegación recibida por el proveedor de ABA al solicitar un acuerdo de caso único para iniciar los servicios**

*Esta apelación puede ser presentada por la familia o por el proveedor de ABA que está listo para servir al niño y no es un proveedor aprobado de Medicaid o es un proveedor aprobado de Medicaid sin el profesional con licencia para supervisar el BCBA.*

### **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). Desde entonces, no he podido acceder a la terapia ABA. El mandato federal de EPSDT proporciona detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, 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 y tenemos derecho a un proveedor ABA calificado ya que han pasado XX días / meses / años desde que nos recetaron ABA. Hemos encontrado un proveedor de ABA para atender a nuestro hijo, pero nuestro plan de atención administrada negó la solicitud del proveedor de un acuerdo de caso único. Actualmente, Medicaid no ofrece una red de proveedores ABA adecuada y accesible desde que implementó la cobertura para la terapia ABA en octubre de 2020. -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](mailto: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](mailto: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](mailto:DHS.BAH@Illinois.gov).