

Información sobre el Derecho a queja y apelación en Davis Vision

Las agencias reguladoras y los organismos de acreditación tienen requisitos estrictos para el manejo de apelaciones, reclamos y quejas. Estos requisitos especifican los plazos para el reconocimiento, revisión y respuesta a los problemas. Los requisitos también especifican qué información debe ser comunicada a los miembros, tales como la razón de una negación y los derechos de apelación de los miembros. La mayoría de los estados también han desarrollado programas para proveer una revisión independiente de casos que implican un conflicto entre los planes de salud y los consumidores.

Davis Vision tiene un proceso completo y justo que resuelve los conflictos de los miembros y responde la solicitud de estos a fin de reconsiderar una decisión que encuentren inaceptable con relación a su atención y servicio. Debido a que Davis Vision proporciona los servicios de cuidado de la vista de rutina con las limitaciones de frecuencia seleccionadas por el cliente, la mayoría de las decisiones se basan exclusivamente en si el miembro tiene un beneficio disponible o no.

Los Representantes de Servicios a los Miembros (MSR, por sus siglas en inglés) pueden proveer más información sobre cómo se aplicó su cobertura y responder cualquier pregunta que usted tenga sobre sus beneficios. Para comunicarse con un representante, llame al 1-800-999-5431.

Si la totalidad o parte del reclamo no fue cubierto, usted tiene derecho a ver, previa solicitud y sin costo alguno, cualquier regla, norma, protocolo o criterio que Davis Vision, Inc. haya considerado para la toma de decisión de la cobertura. Si una decisión de cobertura se basó en la necesidad médica o la naturaleza experimental de la atención, usted tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin costo, la explicación de los fundamentos científicos o clínicos para la decisión, ya que esta se relaciona con la afección médica del paciente.

Si después de hablar con un MSR usted considera que nuestra decisión de cobertura no era la correcta, el paciente o un representante autorizado puede apelar la decisión, siguiendo los pasos a continuación.

Cómo apelar o presentar una queja sobre una decisión de cobertura

Para apelar o presentar una queja sobre la decisión de cobertura, envíe a la dirección indicada abajo una explicación por escrito de por qué usted considera que la cobertura fue incorrecta. A menos que su plan especifique lo contrario, esta información también puede brindarse a un MSR por vía telefónica. Incluya con la explicación:

- El nombre del paciente, vínculo con el miembro, dirección y número de teléfono
- Su número de identificación en Davis Vision, Inc.
- Si corresponde, el nombre del médico o la instalación que brindó el servicio, incluyendo la fecha y la descripción del (de los) servicio(s) brindado(s) y el (los) cargo(s).

Envíe las apelaciones por escrito a: **Davis Vision, Inc.**

Attention: Complaints and Appeals Department

P.O. Box 791

Latham, NY 12110

Los miembros deben presentar una apelación dentro de los 180 días a partir de la fecha de esta explicación de notificación de beneficios de la decisión de cobertura. En la mayoría de los casos, a menos que la ley exija plazos más cortos, Davis Vision responderá por escrito tan rápido como su situación lo requiera y, a más tardar, antes de los siguientes plazos:

- Solicitudes urgentes: 72 horas
- Solicitudes previas al servicio: 15 días
- Solicitudes posteriores al servicio: 30 días

Si usted es miembro de un plan de cuidado de la salud grupal regulado por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés) y ha completado el proceso de apelación sin satisfacción, usted puede tener derecho a iniciar una acción civil bajo la ley 502 (a) de ERISA. Los programas de gobierno local, estatal y federal, los planes religiosos y las políticas individuales no están regulados por ERISA.