

Right to an Immediate Review by MAXIMUS Federal External Review: If the patient has a life-threatening condition, the patient, or someone acting on the patient's behalf, and the provider of record can request an immediate review by MAXIMUS Federal External Review and is not required to follow our internal appeal procedures. See below for more information about the MAXIMUS Federal External Review process.

Exhaustion of Internal Appeals: We will not require exhaustion of our internal appeals process if: (a) we fail to meet our internal appeal process timelines, or (b) the claimant with an urgent care situation files an external review before exhausting our internal appeal process, or (c) we decide to waive the appeal process requirements.

Requests for Copy of Records: You, and the person you choose to appeal for you also have the right to give us information about your appeal and can see your case file both before and during the appeal.

You can talk to your doctor about other medical choices. You or your doctor may ask to see the following:

- Any records we used to make our decision.
- A copy of the benefits and guidelines we used.

You can get a copy free of charge. You can call UnitedHealthcare Dental Member Services at **1-877-901-7321**, TTY **711**, to ask for these.

Federal External Review

If we deny the appeal (continue to deny the services or treatment described above), the member or someone acting on the member's behalf and the provider of record have the right to request a review by MAXIMUS Federal External Review. MAXIMUS does not have an affiliation with your payor (insurance company or health plan), your health care providers, or the Utilization Review Agent (URA).

To request a MAXIMUS Federal External Review fill out the enclosed MAXIMUS Federal External Review Request and return it to MAXIMUS Federal Services:

Mail: HHS Federal External Review Request
MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534

Email: FERP@maximus.com

Online: Submit a request online at: <https://externalappeal.com/ferportal/#/home>
Select the link "Request a Review Online" in the heading.

Fax: 1-888-866-6190

Call: 1-888-866-6205; Monday - Friday 8:00 am – 5:00 pm EST

If you believe your situation is urgent, you may ask for an expedited (fast) review when emailing, faxing or by calling the Federal External Review Process at 888-866-6205 ext. 3326. If submitting the review request online select "expedited".

The patient, parent, or the patient's legal guardian must sign the consent to release medical information to MAXIMUS (included as part of the review request form).

Complaint Procedures

- **You can send a complaint to us (the URA):** Members, individuals acting on behalf of members, and health care providers may file a written or oral complaint about our utilization review process or procedures. Please call the toll-free Member Services number: **1-877-901-7321**, TTY **711** or write to the address below to file your oral or written complaint. We will respond to your complaint in writing within 30 days.

UnitedHealthcare Dental- Texas
Attn: Appeals and Complaint Department
PO Box 1427
Milwaukee, WI 53201

- **Complaints to TDI:** A complainant also has the right to file a complaint with TDI by contacting TDI at the following address, telephone numbers, or website:

Texas Department of Insurance
PO Box 149091
Austin, TX 78714-9091
1-800-252-3439
Fax: 512-490-1007
Online: www.tdi.texas.gov

Attachment: MAXIMUS Federal External Review Request Form

External Review Process

This form is given to you because your request for health care services was not approved as a medical need. You can ask that your case be reviewed by a health care provider who is totally independent of your health plan or insurance carrier. This is called an external review and the process is done by MAXIMUS.

You, your health care provider, or someone else you choose may file this form.

Before you request an independent review you must first have appealed or requested reconsideration of the denial. Below are the time frames in which you must file for appeal or reconsideration:

- You may request an external review within 4 months from the date you or someone acting on your behalf received the final appeal decision from UnitedHealthcare Dental.

If your child has a life threatening condition and you have not received any services, you do not have to ask for an appeal before asking for an external review.

Here is what you must do to ask for an independent review:

- Complete the attached form (HHS-Administered Federal External Review Request Form)
- Sign the form
- Return the form to:
MAXIMUS Federal Services
Attn: FERP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
ferp@maximus.com
888-866-6205 ext. 3326
888-866-6190 (fax)

You may also submit your request online at:
<https://www.externalappeal.com/ferpportal/#/requestReview>

MAXIMUS has 45 days to give you an answer for not life threatening cases and 72 hours to give you an answer for life threatening cases. MAXIMUS will let you know its decision.

There is no cost to you for the external review. We will pay for it.

MAXIMUS Federal Services needs the information on this form to review your medical claim. We may not be able to do the review without this information.

In most cases, you must complete any mandatory appeals or opportunities for reconsideration offered by your health plan or insurance issuer before we can do an external review. In urgent situations, we may be able to do a review even if you have not made all appeals and reconsiderations.

We must receive the completed form within four months of the date your insurer sent you a final decision denying your services or your claim for payment.

Please read and complete all sections of this form.

Section 1: Covered person

This section is about the person who received or will receive the benefit or treatment.

Name:		Email Address:	
Street address:			
City:	County:	State:	Zip code:
Daytime phone:		Evening phone:	

Please complete this section if you are the covered person's parent or legal guardian

Name:		Email Address:	
Street address:			
City:	County:	State:	Zip code:
Daytime phone:		Evening phone:	

Questions? Email ferp@maximus.com or Call 1-888-866-6205 Monday – Friday 8:00am – 5:00pm EST

Please complete this section for each insurance company involved with your claim.	
Insurance company #1:	Insurance plan or plan option <i>(if applicable)</i> :
Policyholder:	Policy number:
Claim number:	Insurance company phone number:
Please attach a copy of the claim that was denied or any correspondence you have received from your insurance carrier. Please do not send originals. Send only copies.	

Insurance company #2:	Insurance plan or plan option <i>(if applicable)</i> :
Policyholder:	Policy number:
Claim number:	Insurance company phone number:
Please attach a copy of the claim that was denied or any correspondence you have received from your insurance carrier. Please do not send originals. Send only copies.	

Section 3: Services in dispute

Please describe the health services that were denied by your health insurance plan or issuer:
Have you already received these health services? Yes No
If so, when were the services received? <i>(Month, day, year)</i> _____
Please state the reason that you believe the health insurance company's decision was not correct:

If you believe your situation is urgent, you may ask for an expedited (fast) review.

An urgent care situation is one in which your health may be in serious jeopardy or, in your doctor's opinion you may have pain that cannot be controlled while you wait for the external review decision.

To ask for an expedited external review:

Submit an online request at <https://externalappeal.com> OR Fax this form to 1-888-866-6190 OR Mail this form to:

HHS Federal External Review Request, MAXIMUS Federal Services, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

In urgent care situations, MAXIMUS Federal Services will accept a request for external review from a medical professional who knows about the claimant's condition. The medical professional will not be required to submit proof of authorization.

If you have questions about your external review, call: **1-888-866-6205**.

Is this external review for urgent care? Yes No

Section 5: Claims involving a rescission of coverage

A **rescission** is an action by a health insurance issuer to retroactively cancel (back to an earlier date) or discontinue a policyholder's coverage.

Is this request for external review of a rescission of health insurance coverage? Yes No

Section 6: Additional information you may give

MAXIMUS Federal Services will use the information on this form to get the relevant information and documents from your insurer. You may add supporting information and documents you think the insurer may not be able to provide.

For example, you may choose to give us:

- Documents to support the claim, such as physicians' letters, reports, bills, medical records, and Explanation of Benefits (EOB) forms
- Letters you sent to your insurance plan or issuer about the claim
- Letters the plan or issuer sent to you about the claim

You do not have to give us this additional information. However, if you do not give us any additional information, MAXIMUS Federal Services may decide your case based only on the information your insurance issuer or plan gives us.

You can give MAXIMUS additional information for your external review by sending it with this form:

Fax to 1-888-866-6190 OR mail this form to:

HHS Federal External Review Request, MAXIMUS Federal Services, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

If you have questions about your external review, call **1-888-866-6205**.

Questions? Email ferp@maximus.com or Call 1-888-866-6205 Monday – Friday 8:00am – 5:00pm EST

Signature and Release of Medical Records - Please sign and date the consent.

To appeal your health carrier's denial, you must sign and date this external review request form and consent to the release of medical records.

I hereby request an external appeal. I attest that the information provided in this application is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize my insurance company and my health care providers to release all relevant medical or treatment records to MAXIMUS Federal Services. I understand that MAXIMUS Federal Services will use this information to make a determination on my external appeal and that the information will be kept confidential and not be released to anyone else. This release is valid for one year.

Signature: _____ Date: _____

Printed name: _____

I am the: Covered person Parent or legal guardian Authorized Representative

NOTE: The covered person must sign this consent form, unless they have a legal guardian, personal representative, are incapacitated, or have otherwise delegated authority to complete this form. If the covered person cannot sign this form, the authorized representative must give written proof of his or her authority to sign. You may obtain the Authorized Representative form at <https://externalappeal.com/ferportal/#/forms>.

Privacy Act Statement: The following website provides a notice of your rights under the Privacy Act and includes information about how the information on this form will be used and about our legal authority to collect this information:
<http://cciio.cms.gov/resources/other/index.html>.

Notice of Privacy Act Rights

In order to adjudicate an external review under the external review process administered by the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), HHS requires you to submit a form (provided to you by your plan or health insurance issuer) with your name, health insurance ID number, phone number and mailing address, as well as your insurer's name and the claim number. Omitting any information that is necessary to decide your external review will mean that your external review will not be conducted.

MAXIMUS, the federal contractor that conducts the federal external review process for HHS, will use the information you provide primarily to adjudicate your appeal, provide you or your plan or health insurance issuer with a record of the appeal, and manage the appeals review system. HHS has the authority to regulate health benefits appeals and to administer this program under Sections 2701 through 2763, 2791, and 2792 of the Public Health Service Act (the PHS Act, 42 USC 300gg through 300gg-63, 300gg-91, and 300gg-92), as amended. HHS has discretion under the PHS Act in the manner in which it implements the HHS-administered external review process, and it has contracted with MAXIMUS to provide such services. Accordingly, MAXIMUS has authority to collect this information in order to administer external review on behalf of HHS.

HHS and MAXIMUS will use this information to initiate an external review of your adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination, to determine whether you are eligible for external review, to decide your appeal, and to track and report on the external review program. Other possible routine uses of your records include the following: for responses to congressional inquiries initiated by you; for investigations of potential violations of law; for judicial or administrative proceedings where the Federal Government is a party to the administrative or judicial proceeding; for response to another agency, a court, an administrative body, or to the Department of Justice, in connection with a proceeding when the information is arguably relevant to the proceeding; in the event of data breaches, for purposes of investigating the breach and mitigation response; to National Archives and Records Administration (NARA) or the General Services Administration (GSA) for records management purposes; to program and policy staff within HHS for statistical and analytical studies or to assist in formulating health program changes; and to researchers inside and outside of the Federal Government conducting research on insurance trends and topical issues.

Your Social Security Number (SSN) may be disclosed to MAXIMUS on some of the documents that you, your healthcare provider, or your plan or health insurance issuer may submit as part of an appeal. MAXIMUS will send a copy of any information you send to MAXIMUS to the health insurance issuer that is involved in the relevant dispute. This may include documents containing your SSN. Your SSN may be needed to identify your unique records. Although disclosure of your SSN is not mandatory, failure to disclose it may prevent or delay the review of your claim. The authority for soliciting and verifying your SSN is Executive Order 9397.

Nuestro proceso de apelación interna

El miembro o una persona que actúa en nombre del miembro y el proveedor registrado tienen derecho a apelar esta determinación adversa (denegación) de forma oral o por escrito. Un médico que no ha revisado anteriormente el caso tomará la decisión de la apelación. El apelante debe enviarnos la apelación dentro de los 60 días después de la fecha de esta carta.

- **Apelación Escrita:** Para presentar una apelación escrita, envíe por correo o por fax la apelación escrita a la siguiente dirección o número de fax:

UnitedHealthcare Dental - Texas
Attn: Appeals and Complaint Department
PO Box 1427
Milwaukee, WI 53201

- **Apelación Oral:** Para presentar una apelación oral, llame al siguiente número gratuito: Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dental: **1-877-901-7321**, TTY **711**.

Hay dos tipos de apelaciones:

- **Apelación Estándar:** Una apelación que no se relaciona con el cuidado de urgencia, como el cuidado de emergencia, condiciones potencialmente mortales o la continuación de una hospitalización.
- **Apelación Rápida:** Una apelación rápida está disponible para el cuidado de emergencia, condiciones potencialmente mortales y miembros hospitalizados.

Acuse de Recibo de Apelación: Dentro de los cinco días hábiles de la recepción de la apelación, le enviaremos al apelante una carta para confirmar la fecha en que recibimos la apelación y una lista de los documentos que podríamos necesitar para la apelación. Si la apelación es oral, le enviaremos al apelante un formulario de apelación de una página. El apelante no tiene que devolver el formulario de apelación, pero recomendamos que lo haga porque el formulario nos ayudará a resolver la apelación.

Nuestros plazos para resolver la apelación y enviar una decisión por escrito al miembro o a la persona que actúa en su nombre y al proveedor registrado son:

- **Apelación Estándar:** 30 días calendario después de la recepción de la apelación.
- **Apelación Rápida:** Las revisiones de apelación rápida se pueden solicitar para denegaciones de cuidado de emergencia, denegaciones de cuidado, denegaciones de continuación de estadías en el hospital y denegaciones en caso de condiciones potencialmente mortales. Un médico que no analizó el servicio la primera vez revisará la apelación. Esta revisión de apelación se completará en un día hábil de la fecha en que recibimos toda la información necesaria para la revisión, o dentro de las 72 horas de recibir la solicitud de apelación, lo que ocurra primero. Al finalizar nuestra revisión, le notificaremos nuestra decisión por teléfono o por correo electrónico, y le enviaremos nuestra decisión por escrito tres días hábiles después de llamarle o enviarle el correo electrónico.

- **Apelación (reclamo) Retrospectiva:** 30 días calendario después de recibir la apelación. Sin embargo, podemos extender este plazo una vez por un período que no exceda los 15 días.

Derecho a una Revisión Inmediata mediante el proceso de Revisión Externa Federal de MAXIMUS: Si el paciente tiene una condición potencialmente mortal, el paciente, o una persona que actúa en nombre del paciente, y el proveedor registrado pueden solicitar una revisión inmediata mediante el proceso de Revisión Externa Federal de MAXIMUS y no necesita seguir nuestros procedimientos de apelación interna. Para obtener más información sobre el proceso de Revisión Externa Federal de MAXIMUS, consulte a continuación.

Agotamiento de Apelaciones Internas: No requeriremos el agotamiento de nuestro proceso de apelaciones internas si: (a) no cumplimos los plazos de nuestro proceso de apelación interna, o (b) el reclamante con una situación de cuidado de urgencia presenta una revisión externa antes de agotar nuestro proceso de apelación interna, o (c) decidimos anular los requisitos del proceso de apelación.

Solicitudes de Copia de Registros: Usted, y la persona que elija para presentar la apelación por usted, también tienen derecho a darnos información sobre su apelación y pueden ver su expediente del caso antes y durante la apelación.

Usted puede hablar con su médico sobre otras opciones médicas. Usted o su médico pueden pedir ver los siguientes documentos:

- Cualquier registro que hayamos usado para tomar nuestra decisión.
- Una copia de los beneficios y las pautas que usamos.

Puede obtener una copia sin cargo. Para pedir estos documentos, puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dental al **1-877-901-7321**, TTY **711**.

Revisión Externa Federal

Si denegamos la apelación (continuamos denegando los servicios o tratamientos descritos anteriormente), el miembro o una persona que actúa en nombre del miembro y el proveedor registrado tienen derecho a solicitar una revisión mediante el proceso de Revisión Externa Federal de MAXIMUS. MAXIMUS no tiene una afiliación con su pagador (compañía de seguros o plan de salud), sus proveedores de cuidado de la salud ni con el Agente de Revisión de la Utilización (Utilization Review Agent, URA).

Para solicitar una Revisión Externa Federal a cargo de MAXIMUS, llene la Solicitud de Revisión Externa Federal de MAXIMUS que se adjunta y envíela a MAXIMUS Federal Services:

Por correo: HHS Federal External Review Request
MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534

Por correo electrónico: FERP@maximus.com

En Internet: Presente una solicitud por Internet en:
<https://externalappeal.com/ferpportal/#/home>
Seleccione el enlace "Request a Review Online" (Solicitar Revisión por Internet) en el encabezado.

Por fax: 1-888-866-6190

Por teléfono: 1-888-866-6205; de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este

Si considera que su situación es urgente, puede pedir una revisión rápida por correo electrónico, por fax o por teléfono al Proceso de Revisión Externa Federal al 888-866-6205 ext. 3326. Si presenta la solicitud de revisión por Internet, seleccione "expedited" (rápida).

El paciente, padre, madre o el tutor legal del paciente deben firmar el consentimiento para divulgar información médica a MAXIMUS (se incluye como parte del formulario de solicitud de revisión).

Procedimientos de Queja

- **Puede enviarnos una queja a nosotros (el Agente de Revisión de la Utilización):** Los miembros, las personas que actúan en nombre de los miembros, y los proveedores de cuidado de la salud pueden presentar una queja oral o por escrito sobre nuestros procesos o procedimientos de revisión de la utilización. Llame al número gratuito de Servicio al Cliente: **1-877-901-7321, TTY 711, o** escriba a la dirección que se indica a continuación para presentar su queja oral o por escrito. Responderemos a su queja por escrito dentro de los 30 días.

UnitedHealthcare Dental - Texas
Attn: Appeals and Complaint Department
PO Box 1427
Milwaukee, WI 53201

- **Quejas al Departamento de Seguros de Texas** (Texas Department of Insurance, TDI): Un reclamante también tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas a través de la siguiente dirección, números de teléfono o sitio web:

Texas Department of Insurance
PO Box 149091
Austin, TX 78714-9091
1-800-252-3439
Por fax: 512-490-1007
En Internet: www.tdi.texas.gov

Documento adjunto: Formulario de Solicitud de Revisión Externa Federal de MAXIMUS

Proceso de Revisión Externa

Le enviamos este formulario porque su solicitud de servicios para el cuidado de la salud no fue aprobada como necesidad médica. Usted puede pedir que su caso sea revisado por un proveedor de cuidado de la salud que sea totalmente independiente de su plan de salud o compañía de seguros. Esto se llama revisión externa y el proceso es realizado por MAXIMUS.

Usted, su proveedor de cuidado de la salud u otra persona que usted elija pueden presentar este formulario.

Antes de solicitar una revisión independiente, primero debe haber apelado o solicitado la reconsideración de la denegación. Los siguientes son los plazos en que debe presentar la apelación o reconsideración:

- Usted puede solicitar una revisión externa dentro de los 4 meses a partir de la fecha en que usted o la persona que actúa en su nombre recibieron la decisión definitiva de la apelación de parte de UnitedHealthcare Dental.

Si su hijo tiene una condición potencialmente mortal y no ha recibido ningún servicio, no es necesario que usted pida una apelación antes de solicitar una revisión externa.

Para solicitar una revisión independiente, debe hacer lo siguiente:

- Llenar el formulario adjunto (Formulario de Solicitud de Revisión Externa Federal Administrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos)
- Firmar el formulario
- Enviar el formulario a:
MAXIMUS Federal Services
Attn: FERP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
ferp@maximus.com
888-866-6205 ext. 3326
888-866-6190 (fax)

También puede presentar su solicitud por Internet en:
<https://www.externalappeal.com/ferpportal/#/requestReview>

MAXIMUS tiene 45 días para darle una respuesta por casos que no son potencialmente mortales y 72 horas para darle una respuesta por casos potencialmente mortales. MAXIMUS le informará la decisión.

La revisión externa no tiene ningún costo para usted. Nosotros la pagaremos.

MAXIMUS Federal Services necesita la información contenida en este formulario para revisar su reclamo médico. Cabe la posibilidad de que la revisión no se realice sin esta información.

En la mayoría de los casos, usted debe realizar todas las apelaciones u oportunidades de reconsideración ofrecidas por su plan de salud o compañía de seguros antes de que podamos llevar a cabo una revisión externa. En situaciones urgentes, tal vez podamos llevar a cabo la revisión, aunque aún no haya realizado todas las apelaciones y reconsideraciones posibles.

Debemos recibir el formulario llenado dentro de los cuatro meses a partir de la fecha en que su aseguradora le envió una decisión definitiva en la que se le denegaran los servicios o el pago de un reclamo.

Lea y llene todas las secciones de este formulario.

Sección 1: Persona cubierta

Esta sección se refiere a la persona que recibió o va a recibir el beneficio o tratamiento.

Nombre:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono durante el día:		Teléfono por la noche:	

Llene esta sección si usted es el padre, la madre o el tutor legal de la persona cubierta

Nombre:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono durante el día:		Teléfono por la noche:	

¿Tiene preguntas? Escriba un correo electrónico a ferp@maximus.com o llame al 1-888-866-6205, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este

Llene esta sección con la información de cada compañía de seguros implicada en su reclamo.

Compañía de seguros n.º 1::	Plan de seguro u opción del plan <i>(si corresponde)</i> :
Titular de la póliza:	Número de póliza:
Número de reclamo:	Número de teléfono de la compañía de seguros:

Adjunte una copia del reclamo denegado o de cualquier correspondencia que haya recibido de su compañía de seguros. **Asegúrese de no enviar documentos originales, sino solamente copias.**

Compañía de seguros n.º 2:	Plan de seguro u opción del plan <i>(si corresponde)</i> :
Titular de la póliza:	Número de póliza:
Número de reclamo:	Número de teléfono de la compañía de seguros:

Adjunte una copia del reclamo denegado o de cualquier correspondencia que haya recibido de su compañía de seguros. **Asegúrese de no enviar documentos originales, sino solamente copias.**

Sección 3: Servicios disputados

Describa los servicios de salud denegados por su plan de seguro médico o compañía de seguros:

¿Ya ha recibido estos servicios de salud? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo recibió estos servicios? *(mes, día, año)* _____

Indique la razón por la que considera que la decisión de la compañía de seguros de salud no fue la correcta:

¿Tiene preguntas? Escriba un correo electrónico a ferp@maximus.com o llame al 1-888-866-6205, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este

Si considera que su situación es urgente, puede solicitar una revisión rápida.

Una situación de cuidado de urgencia es aquella en la que su salud puede estar en grave peligro o, a criterio de su médico, usted podría padecer un dolor incontrolable mientras espera que se tome una decisión con respecto a la revisión externa.

Para solicitar una revisión rápida externa:

Envíe una solicitud por Internet a través de <https://externalappeal.com>, Q envíe este formulario por fax al 1-888-866-6190, Q por correo postal a:
HHS Federal External Review Request, MAXIMUS Federal Services, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

En situaciones de cuidado de urgencia, MAXIMUS Federal Services aceptará una solicitud de revisión externa por parte de algún profesional médico que conozca la condición del reclamante. El profesional médico no estará obligado a presentar un comprobante de autorización.

Si tiene alguna pregunta sobre su revisión externa, llame al: **1-888-866-6205**.

¿Es esta una revisión externa para cuidado de urgencia? Sí No

Sección 5: Reclamos que implican la rescisión de la cobertura

Una **rescisión** es una medida tomada por una compañía de seguros de salud de cancelar retroactivamente (a partir de una fecha pasada) o interrumpir la cobertura del titular de una póliza.

¿Corresponde esta solicitud de revisión externa a una rescisión de la cobertura del seguro de salud? Sí No

Sección 6: Información adicional que puede presentar

MAXIMUS Federal Services usará la información contenida en este formulario para obtener la información y los documentos pertinentes de su aseguradora. Usted puede agregar información y documentos de respaldo que considere que su aseguradora no podrá proporcionar.

Por ejemplo, puede decidir facilitarnos los siguientes documentos:

- Documentos para respaldar el reclamo, tales como cartas de médicos, informes, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)
- Cartas que usted envió a su plan de seguro o compañía de seguros con respecto al reclamo
- Cartas que el plan o la compañía de seguros le envió a usted con respecto al reclamo

Usted no tiene la obligación de facilitarnos esta información adicional. Sin embargo, si no nos facilita ninguna información adicional, MAXIMUS Federal Services podrá decidir su caso basándose exclusivamente en la información que su plan o compañía de seguros nos brinde.

Para facilitarle a MAXIMUS información adicional para su revisión externa, envíela junto con este formulario:

Por fax a 1-888-866-6190 Q por correo postal junto con este formulario a:

HHS Federal External Review Request, MAXIMUS Federal Services, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

Si tiene alguna pregunta sobre su revisión externa, llame al **1-888-866-6205**.

¿Tiene preguntas? Escriba un correo electrónico a ferp@maximus.com o llame al 1-888-866-6205, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este

Firma y autorización para la divulgación de sus registros médicos - Firme y feche el formulario de consentimiento.

Para apelar la denegación de su compañía de seguros de salud, debe firmar y fechar este Formulario de Solicitud de Revisión Externa y el consentimiento para que obtengamos sus registros médicos.

Por el presente, solicito una apelación externa. Confirmando que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo a mi compañía de seguros y a mis proveedores de cuidado de la salud a que proporcionen a MAXIMUS Federal Services todos los registros médicos o de tratamiento pertinentes. Entiendo que MAXIMUS Federal Services usará esta información para tomar una decisión con respecto a mi apelación externa y que se mantendrá la confidencialidad de dicha información, la cual no se divulgará a nadie más. Esta autorización de divulgación es válida durante un año.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Soy la/el: Persona cubierta Padre, madre o tutor legal Representante autorizado

NOTA: La persona cubierta debe firmar este Formulario de Consentimiento a menos que tenga un tutor legal o representante personal, que esté incapacitada o que haya delegado de alguna otra manera su autoridad para llenar este formulario. Si la persona cubierta no puede firmar este formulario, el representante autorizado debe presentar un comprobante por escrito de su autoridad para firmarlo. Puede obtener un formulario de Representante Autorizado en <https://externalappeal.com/ferpportal/#/forms>.

Declaración sobre la Ley de Privacidad: El siguiente sitio web proporciona un aviso de sus derechos en virtud de la Ley de Privacidad y explica cómo se usará la información de este formulario y nuestra autoridad legal para obtener dicha información:
<http://ccio.cms.gov/resources/other/index.html>.

¿Tiene preguntas? Escriba un correo electrónico a ferp@maximus.com o llame al 1-888-866-6205, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este

Aviso de Derechos Conforme a la Ley de Privacidad

A fin de adjudicar una revisión externa conforme al proceso de revisión externa administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los Estados Unidos, este Departamento le exige presentar un formulario (que usted recibió de su plan o compañía de seguros de salud) con su nombre, número de ID del seguro de salud, número de teléfono y dirección postal, así como en nombre y número de reclamo de su aseguradora. La omisión de cualquier información que sea necesaria para decidir su revisión externa significará que no se realizará su revisión externa.

MAXIMUS, el contratista que realiza el proceso de revisión externa federal para el Departamento de Salud y Servicios Humanos, usará la información que usted proporcione principalmente para adjudicar su apelación, proporcionarle a usted o a su plan o compañía de seguros de salud un registro de la apelación, y administrar el sistema de revisión de apelaciones. El Departamento de Salud y Servicios Humanos tiene la autoridad de regular las apelaciones de beneficios de salud y de administrar este programa conforme a las Secciones 2701 a 2763, 2791, y 2792 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Services, PHS), 42 USC 300gg a 300gg-63, 300gg-91 y 300gg-92), con sus enmiendas. El Departamento de Salud y Servicios Humanos tiene la autoridad, conforme a la Ley de Servicios de Salud Pública, de decidir la manera en que implementa el proceso de revisión externa administrado por el Departamento, y contrató a MAXIMUS para que preste tales servicios. Por consiguiente, MAXIMUS tiene la facultad de recopilar esta información a fin de administrar la revisión externa en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos y MAXIMUS usarán esta información para iniciar una revisión externa de su determinación de beneficios adversa o determinación de beneficios adversa interna definitiva, para determinar si usted cumple los requisitos para acceder a una revisión externa, para decidir su apelación y para hacer un seguimiento y rendir cuentas al programa de revisión externa. Otros posibles usos de rutina de sus registros incluyen los siguientes: para respuestas a averiguaciones parlamentarias iniciadas por usted; para investigaciones de posibles infracciones de la ley; para procedimientos judiciales o administrativos donde el gobierno federal es una de las partes del procedimiento judicial o administrativo; para respuesta a otra agencia, tribunal, organismo administrativo o al Departamento de Justicia, en relación con un procedimiento cuando la información sea presumiblemente pertinente al procedimiento; en caso de filtraciones de datos, a los efectos de investigar la filtración y dar una respuesta de atenuación; a la Administración Nacional de Archivos y Registros (National Archives and Records Administration, NARA) o la Administración de Servicios Generales (General Services Administration, GSA) con fines de administración de registros; al personal de programas y políticas dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos para estudios analíticos y estadísticos o para colaborar con la formulación de cambios de programas de salud; y a investigadores dentro y fuera del gobierno federal que realizan investigaciones sobre tendencias de seguro y asuntos de interés actual.

Su Número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) se puede divulgar a MAXIMUS en algunos de los documentos que usted, su proveedor de cuidado de la salud o su plan o compañía de seguros de salud presenten como parte de una apelación. MAXIMUS enviará una copia de cualquier información que usted envíe a MAXIMUS a la compañía de seguros de salud que esté involucrada en la disputa pertinente. Esto puede incluir documentos que contienen su Número del Seguro Social. Su Número del Seguro Social podría ser necesario para identificar sus registros personales. Aunque la divulgación de su Número del Seguro Social no es obligatoria, el hecho de no divulgarlo puede impedir o retrasar la revisión de su reclamo. La autoridad para solicitar y verificar su Número del Seguro Social es la Orden Ejecutiva 9397.



UnitedHealthcare Dental does not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin. If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, **TTY 711**, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m. You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

Online:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Phone:

Toll-free **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Mail:

U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your member ID card.

We provide free services to help you communicate with us such as letters in other languages, large print materials, auxiliary aids and services, materials in alternate formats, at your request. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call Member Services toll-free at **1-877-901-7321**, **TTY 711**, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

알림: 한국어(**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (**Arabic**)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية.

توجه درکار ہے: اگر آپ اردو (**Urdu**) زبان بولتے ہیں تو آپ کے لئے زبان معاون خدمات دستیاب ہے۔ برائے کرم آپ کے شناختی کارڈ پر دیے گئے ٹال فری فون نمبر پر کال کریں

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

توجه: اگر زبان شما فارسی (**Farsi**) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

ध्यान आपो: જો તમે **ગુજરાતી (Gujarati)** બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વનિા મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. કૃપા કરી તમારા આઇડેન્ટીફિકેશન કાર્ડ પર આપેલા ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русском (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.