



Appealing a DES Denial or Termination of AHCCCS Healthcare Coverage Frequently Asked Questions

What is AHCCCS?

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) is Arizona's Medicaid agency that offers health care coverage programs. Individuals must meet certain income and other requirements to obtain services. Eligibility for some AHCCCS programs is determined by the Department of Economic Security (DES). Eligibility for other programs is determined by AHCCCS itself.

What can I appeal?

You have the right to file an appeal of any notice received from AHCCCS if you disagree with the decision made except if the decision is based on a recent change in law. AHCCCS decision notices usually deny an application or terminate benefits.

Is there an appeal deadline for AHCCCS decisions?

The deadline to appeal is **30 days** from the date of the notice you are contesting.

IMPORTANT!! If your AHCCCS benefits are being stopped, there is a **10 day** appeal deadline if you would like to continue your health care coverage while your appeal is pending.

When can I request continuing benefits pending an appeal?

Generally, continuing benefits can only be requested if you are already receiving AHCCCS benefits and wish to continue receiving them while your appeal is processed.

Are there any risks to receiving continuing benefits pending an appeal?

Yes, there is risk of incurring financial liability for services that AHCCCS paid for if you do not win your appeal.

Where can I obtain an Appeal Request form?

The AHCCCS Appeal Request form is usually located on the last page of your decision notice. If your decision notice does not have one, call the DES Office of Appeals/Appellate Services Administration at 602-514-4600 to ask how you could obtain one or file a verbal appeal. Should you file a verbal appeal, make sure to write down the date you appealed, name of DES agent who accepted your appeal and confirmation number (if available) as proof of your timely appeal.

How do I fill out the Appeal Request form?

(see a sample Appeal Request form on page 3)

Step 1: Make sure your prefilled information (your name, phone number and address) is correct. If any portions are incorrect, cleanly cross out error and write in the correct information.

Step 2: If you have a representative, add his/her information.

Step 3: Checkmark that you are appealing a decision regarding “medical assistance.”

Step 4: Write a statement explaining why you are appealing. This statement could be as short as: “*I disagree with decision dated 01/01/2019.*”

Step 5: Indicate whether you would like to request continuing benefits. Remember there is a **10 day** appeal deadline to request continuing benefits and a risk of incurring financial liability for services that AHCCCS paid for if your appeal is unsuccessful.

Step 6: Indicate whether you need an interpreter.

Step 7: Indicate if you need an ADA accommodation. Accommodations can include things such as an in-person hearing, large font, etc.

Step 8: Sign or have your authorized representative sign, indicate who signed and date your Appeal Request form.

Step 9: Submit your Appeal Request form. It can be submitted in person or via fax.

In-person* appeals can be submitted your local DES office. If you do not know your local DES office, you can find it [online](#).

**Please remember to obtain a date-stamped receipt of your appeal request for your records.*

Fax** appeals can be submitted to the DES Office of Appeals/Appellate Services Administration at (602) 257-7055.

***Please remember to keep the fax receipt of your appeal request for your records.*

Online*** appeals can be submitted online if you have an account with [Health-e-Arizona Plus](#).

****Please remember to print a confirmation receipt of your appeal request for your records.*

Step 10: Call Community Legal Services at (602-258-3434) for possible legal advice **OR** representation with your appeal.

CUSTOMER: Jane Doe	DATE: 01/01/2019	HEA PLUS PERSON ID: 3990000000000	APPLICATION ID: 2019000000000
------------------------------	----------------------------	---	---

APPEAL REQUEST FORM

Instructions: This form is one option for you to request an appeal if you are unable to submit your request through www.healthearizonaplus.gov. Read the entire "What you can do if you disagree with our decision" section of the form? to understand your rights and responsibilities. You can give this form to us:

In Person: Call us @ 1-888-621-6880 to find an eligibility office	By Mail: Department of Economic Security ATTN: Appeals P.O. Box 19009 Phoenix, AZ 85005-9009
---	---

Step 1:

Personal Information	Application ID: 2019000000000
Customer's Name: Jane Doe	Phone Number: (602) 123-4567
Customer's Address: 1234 N. Grand Canyon Ln. Phoenix, AZ 85001	<i>If your address or phone number has changed, please give us your new address/phone number:</i>

Step 2:

Representative's Information Complete this section if you would like another person to represent you at your hearing. This does not have to be your authorized representative.	
Representative's Name: <i>(Please print.)</i>	Address:
Phone Number:	

Step 3:

Decision(s) You Are Appealing Check which decisions you want to appeal and tell us why you want a hearing.
--

Step 4:

Which decision(s) are you requesting an appeal for? <input type="checkbox"/> Medical Assistance	Tell us why you want request an appeal:
---	--

Step 5:

Continuing Benefits Check whether or not you want to continue your current benefits during your appeal process. This option is only available until 01/10/2019.
Medical Assistance <input type="checkbox"/> I want to keep getting benefits. <input type="checkbox"/> I do NOT want to keep getting benefits.

Step 6:

Assistance Answer whether or not you need assistance during your hearing.

Step 7:

I need an interpreter. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - What language? _____
--

Step 8:

I need assistance because of a disability. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - Explain: _____
--

Sign and Date I have been advised of my rights concerning my hearing.		
Your signature or the signature of your representative:	Signature is that of the: <input type="checkbox"/> Customer <input type="checkbox"/> Representative	Date:



Apelando una Denegación o Suspensión de Cobertura de Salud de AHCCCS

Preguntas Frecuentes

¿Qué es AHCCCS?

El Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud (AHCCCS por sus siglas en inglés) es la agencia de Medicaid de Arizona que ofrece programas de cobertura de salud. Personas deben de cumplir con ciertos ingresos y otros requisitos para obtener servicios. Elegibilidad para algunos programas de AHCCCS es determinado por el Departamento de Seguridad Económica (DES por sus siglas en inglés). Elegibilidad para otros programas es determinada por AHCCCS mismo.

¿Qué puedo apelar?

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación de cualquier notificación recibida de AHCCCS si no estás de acuerdo con la decisión con la excepción de decisiones basadas en un cambio de ley reciente. Notificaciones de AHCCCS normalmente deniegan una aplicación o suspenden sus beneficios.

¿Hay un plazo de apelación para decisiones de AHCCCS?

El plazo de apelación es **30 días** de la fecha de la notificación que estás disputando.

¡¡IMPORTANTE!! Si sus beneficios de AHCCCS fueron suspendidos, tienes un plazo de apelación de **10 días** si quieres continuar recibiendo cobertura de salud mientras su apelación está pendiente.

¿Cuándo puedo solicitar beneficios continuos mientras una apelación está pendiente?

En general, beneficios continuos solamente pueden ser solicitados si ya está recibiendo beneficios de AHCCCS y desea seguir recibéndolos mientras su apelación es procesada.

¿Hay algunos riesgos de recibir beneficios continuos mientras una apelación está pendiente?

Sí, hay un riesgo de incurrir en responsabilidad financiera por los servicios que AHCCCS pago si no gana su apelación.

¿Dónde puedo obtener un formulario de Solicitud de Apelación?

El formulario de Solicitud de Apelación de AHCCCS normalmente está disponible en la última página de su notificación de decisión. Si su notificación de decisión no tiene uno, llame a la Oficina de Apelaciones/Administración de Servicios de Apelación de DES al (602) 514-4600 para preguntar cómo puede obtener uno o presentar una apelación verbal. Si presenta una apelación verbal, asegúrese de escribir la fecha que apelo, el nombre del agente de DES que acepto su apelación y un número de apelación (si está disponible) como prueba de una apelación puntual.

¿Cómo completo el formulario de Solicitud de Apelación?

(vea una muestra de un formulario de Solicitud de Apelación en la página 6)

Paso 1: Asegúrese que su información prellenado (su nombre, número de teléfono y dirección) este correcta. Si alguna porción es incorrecta, limpiamente tache el error y escribe la información correcta.

Paso 2: Si tiene un representante, agregué su información.

Paso 3: Marque que está apelando una decisión sobre “Asistencia Médica.”

Paso 4: Escriba una declaración explicando por qué está apelando. Esta declaración puede ser tan breve como: “Yo no estoy de acuerdo con la decisión fechada el 1^{ro} de enero de 2019.”

Paso 5: Indique si quiere solicitar beneficios continuos. Recuerde que tiene un plazo de apelación de **10 días** para solicitar beneficios continuos y que hay un riesgo de incurrir en responsabilidad financiera por los servicios que AHCCCS pago si su apelación no tiene éxito.

Paso 6: Indique si necesita un intérprete.

Paso 7: Indique si necesita una adaptación por incapacidad. Adaptaciones pueden incluir cosas como una audiencia en persona, documentos escritos en letra grande, etc.

Paso 8: Firme o pídale a su representante autorizado que firme, indique quien firmo y feche su formulario de Solicitud de Apelación.

Paso 9: Entregue su formulario de Solicitud de Apelación. Puede ser entregado en persona o por fax.

Apelaciones **en persona*** pueden ser presentadas en su oficina local de DES. Si no sabe dónde se encuentra su oficina local de DES, la puede buscar [en línea](#).

**Por favor recuerde de obtener un recibo de su apelación con la fecha sellada para sus archivos.*

Apelaciones pueden ser enviadas por **fax**** a la Oficina de Apelaciones/Administración de Servicios de Apelaciones al (602)257-7055.

***Por favor recuerde de guardar una copia de su recibo de fax de apelación para sus archivos.*

Apelaciones pueden ser presentadas **en línea***** si tiene una cuenta en [Health-e-Arizona Plus](#).

****Por favor recuerde de imprimir un recibo de confirmación de su solicitud de apelación para sus archivos.*

Paso 10: Llame a Community Legal Services al (602) 258-3434 para posiblemente recibir asistencia legal **O** representación en su apelación.

CLIENTE: Jane Doe	FECHA: 01/01/2019	ID PERSONALDE HEA PLUS : 3990000000000	ID DE LA SOLICITUD: 2019000000000
----------------------	----------------------	---	--------------------------------------

FORMULARIO PARA PEDIR LA APELACIÓN

Instrucciones: Este formulario les es una opción para usted para pedir una Apelación si no lo puede hacer a través de www.healthearizonaplus.gov. Lea por completo la sección de "Lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión" para entender sus derechos y responsabilidades. Nos puede entregar este formulario:

En Persona: Llámenos al 602-417-5437 (condado de Maricopa) o 1-877-764-5437 (gratuito) para conseguir una oficina de elegibilidad	Por Correo: Department of Economic Security ATTN: Appeals P.O. Box 19009 Phoenix, AZ 85005-9009
---	--

Paso 1:

Información Personal		ID de la Solicitud: 2019000000000
Customer's Name: Jane Doe	Número de Teléfono: (602) 123-4567	
Dirección del Cliente: 1234 N. Grand Canyon Ln. Phoenix, AZ 85001	Si ha cambiado su dirección o número de teléfono, proporcione la dirección/número de teléfono nuevos:	

Paso 2:

Información del Representante: Llene esta sección si quiere que otra persona le represente en su Apelación. No tiene que ser su representante autorizado.	
Nombre del Representante: (Con letra de molde.)	Dirección:
Número de Teléfono:	

Paso 3:

La(s) Decisión(es) que Apela Marque las decisiones que quiere apelar y díganos por qué quiere usted una audiencia.
--

Paso 4:

¿Para Cuál(es) decisión(es) quiere una Apelación? <input type="checkbox"/> Asistencia Médica	Díganos por qué quiere usted una apelación:
---	---

Paso 5:

Seguir con los Beneficios Marque sí o no con respecto a seguir con sus beneficios actuales durante su Apelación. Tendrá esta opción solamente hasta al 01/10/2019.
Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Quiero seguir recibiendo los beneficios. <input type="checkbox"/> NO quiero seguir recibiendo los beneficios.

Paso 6:

Asistencia Conteste sí o no con respecto a necesitar ayuda durante su Apelación.
--

Paso 7:

Necesito un interprete. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿Qué idioma? _____
--

Paso 8:

Necesito ayuda debido a una discapacidad. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Explicar: _____

Firma y Fecha Se me ha informado de mis derechos con respecto a mi apelación.		
Su Firma o la de su representante:	La firma es la de: <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Representante	Fecha: