

Formulario de Queja Formal o Apelación



Si tiene una queja formal o apelación relacionada con su plan de CarePlus o con cualquier aspecto de su atención, queremos saberlo. Puede usar este formulario para informarnos lo que ocurrió y cómo podemos ayudarle. Favor Proporcione información completa, para poder atender su problema.

Podrá enviarnos este formulario, junto con la documentación de respaldo (tales como expedientes médicos, facturas médicas, una copia de su Explicación de Beneficios o una carta de su médico), por correo o por fax a:

Dirección: CarePlus Health Plans
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, Florida 33172
A.A.: Grievance/Appeals Department

Número de fax: 1-800-956-4288

Si usted necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

1 ¿Quién es el afiliado?

Nombre del afiliado (primer nombre y apellido)		
Número de identificación de afiliado de CarePlus		Fecha de nacimiento del afiliado (MM/DD/AA)
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	N.º de teléfono (con código de área)

2 ¿Cuál es el problema?

Para obtener un medicamento o servicio médico específico, favor proporcione la información a continuación:

Servicio médico/equipo médico o medicamento	
Proveedor (médico, centro, médico recetador)	
N.º de teléfono del proveedor (con código de área)	Número de fax del proveedor

¿Esta es una solicitud de reembolso? Sí No

**Si la respuesta es "Sí", incluya una copia de la factura, recibo o comprobante de pago*

Fecha(s) del servicio (MM/DD/AA)

**N/C si no se ha recibido atención médica*

Número de reclamo (si tiene uno)

2 ¿Cuál es el problema? (Continuación)

¿Qué debemos saber sobre este problema? Favor sea lo más específico posible sobre lo que pasó y las partes involucradas. Incluya las fechas del servicio o de contacto con empleados de CarePlus, profesionales del cuidado de la salud o farmacias. Si se queda sin espacio para escribir, puede hacerlo en el reverso o agregar una página extra.

¿Qué información adicional puede compartir? Adjunte copias de toda información de soporte o de documentos que nosotros debamos revisar, como expedientes médicos, facturas médicas, una copia de su Explicación de Beneficios o una carta de su proveedor.

¿Qué documentos ha adjuntado?

Explicación de Beneficios

Facturas médicas

Expedientes médicos

Recibos (comprobante de pago)

Carta de su proveedor

Otro _____

¿Se debe acelerar su apelación? Si usted o su médico/médico recetador cree que esperar una decisión estándar (7 días calendario para una apelación de medicamentos recetados de la Parte B o la Parte D o 30 días calendario para una apelación previa de un servicio/equipo médico) podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, usted puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico o médico recetador le indica que esperar por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una decisión rápida automáticamente. Si no obtiene apoyo de su médico o médico recetador para solicitar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted *no puede* solicitar una apelación acelerada si nos pide que revisemos un servicio o un medicamento que ya recibió.

Marque esta casilla si usted considera que necesita una decisión acelerada dentro de 72 horas. Si usted tiene una declaración de respaldo de su médico o médico recetador, adjúntela a esta solicitud.

3 ¿Necesita designar un representante?

Omita esta sección si es el afiliado que actúa en representación de sí mismo.

Si usted no es el afiliado y no está seguro si se encuentra autorizado a trabajar con CarePlus en nombre del afiliado, complete el Formulario de Nombramiento de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés) CMS-1696, que se puede encontrar en el sitio de internet de CarePlus en <https://www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination> o solicítelo comunicándose con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Usted y el afiliado deben firmar y completar el Formulario AOR. Si usted ya está autorizado legalmente para actuar como representante del afiliado conforme a la ley estatal, adjunte la documentación correspondiente para que podamos revisarla (por ejemplo: guardián designado por la corte, Poder Notarial Duradero, poder notarial de asistencia médica, etc.).

4 Firme y envíe

Firma del afiliado (o médico/médico recetador) (opcional)	Fecha
Nombre del afiliado en letra de imprenta (o del médico/médico recetador)	

O

Firma del representante autorizado (Solo si completó el formulario AOR o si adjuntó otra documentación legal)	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado	

Gracias por tomarse el tiempo para informarnos sobre este problema. Nos comunicaremos con usted si tenemos alguna pregunta y nos pondremos en contacto apenas completemos la revisión del problema.



CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.