Formulario de Queja Formal o Apelación

CarePlus HEALTH PLANS™

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 Grievance and Appeals Dept.
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Número de fax: 888-556-2128

Si usted necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios para Afiliados al **800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711.** Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría atender su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.

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 depago)
- ☐ Carta de su proveedor
- ☐ Otro _____

¿Se debe acelerar su apelación? Si usted o su médico/médico recetador cree que esperar por 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 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, adjúntelaa 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 CarePlusHealthPlans.com/members/forms-tools-resources o solicítelo comunicándose con Servicios para Afiliados al 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.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն Armenian: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907（听障专线：711**）。

繁體中文 Traditional Chinese：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی Farsi: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French : Des services gratuits linguistiques, d’aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI.**

GHHNOA2025CP

日本語 Japanese:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅ លេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

Diné: Saad t’áá jiik’eh, t’áadoole’é binahjį’ bee adahodooníígíí diné bich’į’ anídahazt’i’í, dóó ahgo át’éego bee hada’dilyaaígíí bee bika’aanída’awo’í dahólǫ. Kohjį’ hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو :Urdu مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **(TTY: 711) 1-800-794-5907**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.