

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, Inc.
PO Box 277810
Miramar, Florida 33027
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>*Si la respuesta es "Sí", incluya una copia de la factura, recibo o comprobante de pago</i>	
Fecha(s) del servicio (MM/DD/AA) <i>*N/C si no se ha recibido atención médica</i>	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 debemos 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 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, 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 www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources 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.

Encarte multilingüe
Servicios de intérprete en múltiples idiomas

Formulario Aprobado
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다 .

통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري, ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907

(TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。