

## Formulario de quejas y apelaciones de la Parte C/Quejas de la Parte D

Este formulario es para su uso al hacer sugerencias, presentar una queja formal o una apelación con respecto a cualquier aspecto de la atención o servicio que se le proporciona. **La ley exige** que su plan de salud responda a sus quejas o apelaciones, y existe un procedimiento ~~detallado~~ para resolver estas situaciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al departamento de Servicio al Cliente de su grupo de proveedores y/o al departamento de Servicio al Cliente de su plan de salud. La información de contacto del servicio al cliente del plan de salud se proporciona en el reverso de esta hoja y también se puede encontrar en su tarjeta de atención médica.

**Por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta la siguiente información:**

Nombre del miembro  
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de Medicare

Dirección

Número de teléfono del hogar

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono del trabajo

Nombre del empleador o grupo

N.º de Id. de inscripción

Fecha de nacimiento

Hombre/Mujer

*Representante autorizado: Si la queja es presentada por alguien que no sea el miembro, revise la sección llamada "Quién puede presentar una apelación" y proporcione la siguiente información:*

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por favor, indique la naturaleza de la queja, dando fechas, horas, personas, lugares, etc. involucrados. Adjunte copias de cualquier información adicional que pueda ser relevante para su queja o apelación.

---



---



---



---



---



---

Por favor, firme y ENVÍE UN CORREO O FAX A su plan de salud  
(consulte la página n.º 2 para ver la dirección del plan de salud)

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del representante \_\_\_\_\_

**Envíe su Carta de queja o apelación de miembro a su plan de salud a:**

<b>Planes de salud:</b> <b>Champion Health Plan</b>	<b>Teléfono/Fax</b> 1-800-885-8000 Servicios para Miembros
Attn: Grievance & Appeals	TTY: 711 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. Fax: 1-949-227-3791

**Información para todos los miembros de Champion Health Plan**

**Es posible que tenga derecho a apelar.**

Para ejercer sus derechos de apelación, presente su apelación por escrito dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de su notificación de denegación original. Su plan puede darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite.

**¿Quién puede presentar una apelación?**

Usted o alguien que usted nombre para que actúe en su nombre (su **representante autorizado**) pueden presentar una apelación. Puede nombrar a un pariente, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe en su nombre. Otros no mencionados anteriormente ya pueden estar autorizados bajo la ley estatal para actuar en su nombre.

Puede llamarnos al: 1-800-885-8000 para saber cómo designar a su representante autorizado. Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, llámenos al TTY: 711

Si desea que alguien actúe en su nombre, usted y su representante autorizado deben firmar, fechar y enviarnos la página 1 de este formulario, que servirá como una declaración nombrando a esa persona para que actúe en su nombre.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SUS DERECHOS DE APELACIÓN**

*Para obtener más información sobre sus derechos de apelación, llame a su plan o consulte su Evidencia de cobertura.*

---

Champion Health Plan es un plan HMO y un plan HMO SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Champion Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-877-399-2247, TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-800-885-8000, TTY: 711, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.

## Hay dos tipos de apelaciones que puede presentar:

**Estándar (30 días)** - Puede solicitar una apelación estándar. Su plan debe darle una decisión a más tardar 30 días después de recibir su apelación. (Su plan puede extender este tiempo hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si necesita información adicional y la extensión lo beneficia).

**Rápida (revisión en 72 horas)** - Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico creen que su salud podría verse seriamente perjudicada por esperar demasiado tiempo para tomar una decisión. Su plan debe decidir sobre una apelación rápida a más tardar 72 horas después de recibir su apelación. (Su plan puede extender este tiempo hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si se necesita información adicional y la extensión lo beneficia).

- Si algún médico solicita una apelación rápida para usted, o lo apoya para que la solicite, y el médico indica que esperar 30 días podría perjudicar gravemente su salud, su plan le dará automáticamente una apelación rápida.
- Si solicita una apelación rápida sin el apoyo de un médico, su plan decidirá si su salud requiere una apelación rápida. Si su plan no le da una apelación rápida, su plan decidirá su apelación dentro de los 30 días.

## ¿Qué debo incluir con mi apelación?

Debe incluir: su nombre, dirección, número de identificación de miembro, razones para apelar y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar registros médicos de respaldo, cartas de médicos u otra información que explique por qué su plan debe proporcionar el servicio.

Llame a su médico si necesita esta información para ayudarle con su apelación. Puede enviar esta información o presentarla en persona si lo desea.

## ¿Cómo presento una apelación?

**Para una apelación estándar:** Usted o su representante autorizado deben enviar por correo o entregar su apelación por escrito a su plan de salud a la dirección indicada en el Formulario de apelación y quejas para miembros de Champion Health Plan.

**Para una apelación rápida:** Usted o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros por teléfono o fax utilizando la información de contacto del plan indicada en el Formulario de apelación y quejas para miembros de Champion Health Plan.

**¿Qué pasa después?** Si apela, su plan revisará nuestra decisión. Después de que su plan revise nuestra decisión, si alguno de los servicios que solicitó aún es denegado, Medicare le proporcionará una revisión nueva e imparcial de su caso por un revisor externo a su plan de Champion Health Plan. Si no está de acuerdo con esa decisión,

tendrá más derechos de apelación. Se le notificarán esos derechos de apelación si esto sucede.

## Otra información de contacto:

Si necesita información o ayuda, llámenos al:

1-800-885-8000 TTY/TTD 711

## Otros recursos para ayudarle:

Centro de Derechos de Medicare

(Medicare Rights Center):

Línea gratuita: 1-888-HMO-9050

TTY/TTD:

## Localizador de cuidado de ancianos (Elder Care Locator)

Línea gratuita: 1-800-677-1116

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY/TTD: 1-877-486-2048