

# Formulario para Apelaciones y Quejas Formales

Use este formulario para presentar una apelación (solicitud para que reconsideremos nuestra decisión) o queja formal (queja) con relación a su Preferred Care Partners plan (sin incluir el Complemento de Medicare). Llene a máquina o en letra de molde con tinta oscura.

## Información del miembro

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Número de ID del miembro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Si usted está llenando este formulario en nombre del miembro, tendrá que llenar la sección de Nombramiento de un Representante.**

## ¿Cuál es el problema?

Marque una casilla a continuación para decirnos cuál es su problema o inquietud:

- Un medicamento (medicamento con receta)
- Un servicio médico (cuidado o equipo médico)
- Un problema no relacionado con un servicio médico o medicamento específico

## Proporcione los detalles a continuación:

Servicio o medicamento \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor (médico, centro, profesional que receta) \_\_\_\_\_

¿Ya recibió el servicio médico o el medicamento?  Sí  No

Fecha del servicio (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

Número de reclamo (si corresponde) \_\_\_\_\_

**Díganos qué sucedió.** Sea lo más específico posible sobre lo que sucedió y quiénes participaron. Incluya todas las fechas de servicio y comunicación con los empleados, los proveedores de cuidado de la salud o las farmacias de Preferred Care Partners. Si necesita más espacio, puede agregar hojas extras. Recuerde incluir todas las hojas cuando envíe este formulario.

---

---

---

---

---

---

**¿Qué resultados desea obtener de nosotros?** (Los ejemplos incluyen pagar el cuidado médico o un medicamento, investigar una queja formal, etc.) Cuéntenos a continuación.

---

---

---

**¿Qué documentos adicionales adjuntó?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recibos           | <input type="checkbox"/> Carta de su proveedor |
| <input type="checkbox"/> Facturas médicas  | <input type="checkbox"/> Ninguno               |
| <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Otro                  |

**¿Necesita que su apelación sea rápida?** Las apelaciones rápidas son solamente para los servicios que aún no se prestaron, y solo si usted y su médico creen que esperar una decisión en el plazo estándar pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar sus funciones. Las apelaciones rápidas se resuelven dentro de las 72 horas de recibirlas.

- Marque esta casilla si necesita una decisión rápida dentro de las 72 horas.

## Nombramiento de un representante

Si usted es el miembro que llena este formulario y actúa por su cuenta, puede saltar esta sección. Llene la sección a continuación solamente si no es el miembro y si está presentando el formulario en nombre del miembro. **Nota:** Si es un proveedor o representante legal, tendrá que llenar un Formulario Nombramiento de Representante aparte.

## Sección I: Nombramiento de un representante

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del miembro) nombro a  
\_\_\_\_\_ (nombre del representante) para que actúe como  
mi representante en relación con mi reclamo o derecho válido conforme al Título XVIII de la  
Ley del Seguro Social (la Ley) y las disposiciones relacionadas del Título XI de la Ley.  
Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; presentar o requerir evidencia;  
obtener información sobre apelaciones y recibir cualquier aviso en relación con mi reclamo,  
apelación, queja formal o solicitud, enteramente en mi lugar. Entiendo que la información  
médica personal relacionada con mi solicitud puede ser divulgada al representante que  
aparece a continuación.

\_\_\_\_\_  
**Firma del interesado en designar a un representante (el miembro)      Fecha**

## Sección II. Aceptación del nombramiento

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del representante), por medio del  
presente documento acepto este nombramiento. Certifico que no he sido inhabilitado,  
suspendido o prohibido para el ejercicio de mi profesión ante el Departamento de Salud y  
Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS); que no estoy, como  
empleado actual o ex-empleado de los Estados Unidos, inhabilitado para actuar como  
representante del interesado; y que reconozco que cualquier tarifa puede estar sujeta a la  
revisión y aprobación de la Secretaría.

### Información del representante

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (con código de área) \_\_\_\_\_

Relación con el miembro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Plazos de la respuesta

Los siguientes son los plazos de procesamiento en los cuales usted recibirá una respuesta a esta apelación o queja formal.

Tipo de apelación o queja formal	Tiempo de respuesta
Apelación rápida (medicamento o servicio médico)	72 horas
Apelación de “autorización” de medicamento estándar <b>Ejemplo:</b> Si usted necesita la preaprobación para un medicamento.	7 días calendario
Apelación de “reclamo” de medicamento estándar <b>Ejemplo:</b> Si usted ya tiene el medicamento.	14 días calendario
Apelación de “autorización” de servicio médico estándar <b>Ejemplo:</b> Si usted necesita la preaprobación para un servicio médico.	30 días calendario
Apelación de “reclamo” de servicio médico estándar <b>Ejemplo:</b> Si usted ya recibió el servicio médico.	60 días calendario
Queja formal rápida <b>Ejemplo:</b> Si determinamos que su apelación no califica como apelación rápida o nos hemos tomado 14 días calendario extras para resolver su apelación y usted no está de acuerdo con estas medidas.	24 horas
Queja formal estándar <b>Ejemplo:</b> Si usted no está satisfecho con la calidad del servicio o cuidado que el plan o un proveedor le prestó.	30 días calendario

## **¿Listo para enviar el formulario?**

### **Apelaciones y quejas formales sobre servicios médicos**

Preferred Care Partners, Inc  
Appeals and Grievances Department  
P.O. Box 6106, MS CA124-0157  
Cypress, CA 90630

Fax estándar: 1-888-517-7113  
Fax para apelación rápida: 1-866-373-1081

### **Apelaciones y quejas formales sobre medicamentos (medicamentos con receta)**

Preferred Care Partners, Inc  
Appeals and Grievances Department  
P.O. Box 6106, MS CA124-0197  
Cypress, CA 90630

Fax estándar: 1-866-308-6294  
Fax para apelación rápida: 1-866-308-6296

### **¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.**

Si tiene preguntas, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro.

Muchas gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario. Si tenemos más preguntas, nos comunicaremos con usted.