



Plan Medicare Advantage de California Formulario de Apelación y Queja

(Miembros de IEHP que no son Medicare Advantage deben usar el "Formulario de Quejas")

Esta forma es para su uso para hacer sugerencias, presentar una queja formal, o apelar cualquier aspecto de su cuidado o servicios que se le proporcionaron. **Es requerido por ley** que IEHP responda a sus quejas o apelaciones, un procedimiento detallado existe para resolver estas situaciones. Si usted tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios al Miembro de IEHP al 1-877-273-IEHP (4347) o al 1-800-718-4347 TTY, de 8am a 8pm (PST), 7 días a la semana, incluyendo días festivos. Puede encontrar información sobre como comunicarse con el departamento de Servicios al Miembro de IEHP en su tarjeta de IEHP. Como Miembro de IEHP, Ud. tiene derecho a registrar una queja en contra de IEHP o sus proveedores sin tener que preocuparse de alguna acción negativa de parte de IEHP, su Doctor, o cualquier otro proveedor

Por favor escriba en letra de molde o a maquina la siguiente información:

Nombre del Miembro (Apellido, primer nombre, inicial)		Numero de ID. de IEHP
Domicilio Del Miembro		Numero de Teléfono de Hogar
Ciudad, Estado, Código Postal		Numero Teléfono de Trabajo o Mensaje
Numero de Medicare	Hombre/Mujer	Fecha de Nacimiento

Representante Autorizado: Si la queja es registrada por otra persona, no el Miembro, por favor lea la sección llamada "Quien puede registrar una Apelación," e incluya la siguiente información:

Nombre: _____ Teléfono # _____

Relación al Miembro: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Clase de Queja:

¿DÓNDE PASO EL INCIDENTE? (NOMBRE DEL HOSPITAL, DOCTOR, OTRA LOCALIDAD)

¿CUÁNDO OCURRIÓ? (SI NO ESTA SEGURO, DEFECHA(S) APROXIMADAS)

¿QUIÉN ESTUBO IMPLICADO?

POR FAVOR DESCRIBA LO QUE PASO. (SI ES NECESARIO, ADJUNTE MAS HOJAS)

Por favor firme y ENVIE O MANDE POR FAX ESTE FORMULARIO A: INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
Attn: Appeal and Grievance Department, P.O. Box 19026, San Bernardino, CA 92423-9026
Fax # (909) 890-5748; Para preguntas llame al 1-877-273-IEHP (4347) o 1-800-718-4347 TTY, de 8am a 8pm, 7 días a la semana, incluyendo días festivos.

Fecha _____ **Firma del Miembro** _____

Fecha _____ **Firma del Representante** _____

Usted Puede Tener el Derecho de Apelar

Para ejercitar sus derechos de apelación, registre su apelación por escrito dentro de 60 días después del día original de la notificación de negación. Su plan le puede extender el tiempo para registrar la queja si usted tiene buena razón por haber fallado a la fecha determinada.

¿Quién Puede Registrar una Apelación?

Usted o quien usted nombre para que actuase por usted (su representante autorizado) puede registrar la apelación. Usted puede nombrar a un familiar, amigo, defensor, abogado, doctor, u otra persona para que actuase por usted. Otros no mencionados pueden tener derecho de actuar por usted bajo leyes estatales.

Puede llamarnos al: 1-877-273-IEHP (4347) para información acerca de cómo nombrar a su representante autorizado. Si usted tiene impedimentos para escuchar o del habla, por favor llámenos al TTY/ TDD 1-800-718-4347, de 8am a 8pm, 7 días a la semana, incluyendo días festivos.

Si usted quiere que alguien actué por usted, usted y su representante autorizado deben firmar, fechar, y mandarnos una de estas formas, que servirá como declaración nombrando a la persona que actuara por usted.

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR APPEAL RIGHTS

Para mas información sobre sus derechos de apelación, llame a su plan o vea su Evidencia de Cobertura.

Hay dos tipos de apelaciones que usted puede registrar:

Estándar (30 días) – Usted puede pedir una apelación estándar. Su plan debe darle una decisión en no más de 30 días después de que recibió su apelación. (Su plan puede extender este tiempo hasta 14 días si usted pide una extensión, o si él necesita información adicional y la extensión lo beneficia a usted.)

- **Rápido (Revisión en 72-horas)** -

Usted puede pedir una apelación rápida si usted o su doctor consideran que su salud puede ser seriamente dañada por esperar largo tiempo para la decisión. Su plan debe decidir en una apelación rápida en no más de 72 horas después de recibir la apelación. Su plan puede extender este tiempo hasta 14 días si usted pide una extensión, o si él necesita información adicional y la extensión lo beneficia a usted.)

- Si su doctor pide una apelación rápida por usted, o lo apoya en pedir una apelación rápida y el doctor indica que esperar 30 días puede seriamente dañar su salud, su plan automáticamente le dará una apelación rápida.

¿Que Incluyo Con Mi Apelación?

Usted debe incluir: su nombre, domicilio, numero de Miembro, razón por la apelación, y cualquier otra evidencia que usted gusta añadir. Usted puede mandar documentos médicos, cartas de doctores, o otra información que explique porque su plan debe darle los servicios que pide.

Llame a su doctor si usted necesita esta información para asistirle con su apelación. Usted puede mandar por correo esta información o presentara en persona.

¿Como Registro Una Apelación?

Para una apelación estándar: Usted o su representante autorizado debe enviar por correo o en persona su apelación pro escrito a su plan de salud al domicilio indicado en el Plan de Medicare Advantage de California Formulario de Apelación y Queja.

Para una apelación rápida: Usted o su representante autorizado debe comunicarse con nosotros por teléfono o fax usando la información indicada el Plan de Medicare Advantage de California Formulario de Apelación y Queja.

¿Que sucede después? Si usted registra una apelación su plan revisara la decisión, si algún (os) de los servicios que pidió son negados, Medicare le proporcionara con una nueva e imparcial revisión de su caso por un critico fuera de la Organización de Medicare Advantage. Si usted no esta de acuerdo con la decisión, usted tendrá mas derechos de apelación. Se le notificara de esos derechos si lo anterior ocurre.

Otra Información de Contacto:

Si necesita ayuda llámenos al:
Sin costo al: 1-877-273-IEHP (4347)
TTY: TTY (800) 718-4347
De 8am a 8pm, 7 días a la semana,
incluyendo días festivos.

Otros Recursos para Ayudarlo:

Medicare Rights Center:
Sin costo: 1-888-HMO-9050
TTY/TTD:

Localizador de Cuidado a Mayores:

Sin costo: 1-800-677-1116

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY/TTD: 1-877-486-2048
24 horas al día 7 días a la semana

OMB Approval No. 0938-NEW Form No. HCFA-10003-NDMC (June 2001)