

## Forma de Quejas y Apelaciones de la Parte C / Quejas de la Parte D

Esta forma es para hacer sugerencias, presentar una queja formal, o apelar en respecto a cualquier aspecto de atención o servicio que le han brindado. 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, llame al Departamento de Membresía del grupo médico del proveedor y/o al Departamento de Membresía de su plan de salud. La información del Departamento de Membresía de su plan de salud se proporciona en el reverso de esta hoja, y también se puede encontrar en la tarjeta de su plan de salud. **Escriba con letra de molde o a máquina la siguiente información:**

Nombre del miembro (Apellido, primer nombre, inicial del medio)

Número de Medicare

Domicilio

Número de teléfono de casa

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono de trabajo

Nombre del empleador o grupo

No. de identificación de inscripción

Fecha de nacimiento

Masculino/Femenino

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

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación al miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Indique por favor la naturaleza de la queja, con fechas, horas, personas, lugares, (etc.) involucrados. Adjunte copias de cualquier información adicional que puede ser pertinente a su queja o apelación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firme y ENVÍE POR CORREO o por FAX a su plan de salud (vea la página 2 para obtener la dirección)

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

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Representante \_\_\_\_\_

**Envíe su apelación como miembro y/o carta de queja a su plan de salud a:**

<b>Plan de salud:</b>	<b>Teléfono/Fax</b>
<b>Alignment Health Plan</b> Aten: Quejas y Apelaciones 1100 W. Town & Country Rd. Suite 300 Orange, CA 92868	1-877-399-2247 / TTY:711 Siete días a la semana. 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1° de Abril hasta el 30 de Septiembre. Fax: 1-323-201-5690

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

**Puede tener derecho a apelar.**

Para ejercer sus derechos de apelación, presente la apelación por escrito dentro de 60 días calendarios después de la fecha de notificación original de negación. Su plan le puede dar más tiempo si tiene un buen motivo por no cumplir con el plazo.

**¿Quién puede presentar una apelación?**

Usted o alguien que usted nombre para actuar por usted (su **representante autorizado**) puede presentar una apelación. Puede nombrar a un pariente, amigo, representante en pro de sus derechos, abogado, médico o alguien más para que actúe por usted. Otros, no mencionados previamente pueden ya estar autorizados según la ley estatal para actuar por usted.

Puede llamarnos al: (877) 399-2247 para informarse sobre cómo nombrar a un representante autorizado. Si tiene problemas de audición o del habla, llame a la línea TTY: 711

Si desea que alguien actúe por usted, usted y su representante autorizado deben firmar, fechar y enviarnos la página 1 de esta forma, que servirá como una declaración de nombramiento de dicha persona en su nombre.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN**

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

---

Alignment Health Plan es un plan HMO y un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de la HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información está disponible en otros idiomas sin costo alguno. Por favor llamar al Departamento de Membresía al 1-877-399-2247, TTY: 711, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1° de Abril hasta el 30 de Septiembre. This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-866-634-2247, TTY: 711, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through February 14, and Monday to Friday (except holidays) from February 15 through September 30.

## Existen dos tipos de apelación que puede presentar:

**Estándar (30 días)** - Puede pedir una apelación estándar. Su plan debe comunicarle una decisión a no más de 30 días después que recibe su apelación. (Su plan puede extender este tiempo hasta por 14 días si 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 puede deteriorarse por esperar demasiado por una decisión. Su plan debe tomar una decisión sobre una apelación rápida a no más de 72 horas después de recibir su apelación. (Su plan puede extender este tiempo hasta por 14 días si solicita una extensión, o si necesita información adicional y la extensión lo beneficia).

- Si cualquier médico pide una apelación rápida por usted, o lo apoya en pedirla, y el médico indica que esperar 30 días podría poner su salud en serio riesgo, el plan le dará automáticamente una apelación rápida.
- Si pide una apelación rápida sin el respaldo médico, el plan decidirá si su salud requiere una apelación rápida. Si el plan no le da una apelación rápida, el plan decidirá la apelación dentro de 30 días.

### ¿Qué debo incluir con mi apelación?

Debe incluir: su nombre, dirección, número de identificación de miembro, motivos de apelación y evidencia que desea adjuntar. Puede enviar la historia clínica que lo respalda, cartas del médico y otra explicación que detalla por qué el plan debe brindar el servicio. Llame a su médico si necesita esta información para ayudarlo con la apelación. Puede presentar la información en persona o enviarla por correo si desea.

### ¿Cómo solicito una apelación?

**Para una apelación estándar:** Usted o su representante autorizado deben enviar por correo o entregar la apelación escrita al plan de salud a la dirección indicada en la forma de apelación y quejas para miembros de Alignment Health Plan.

**Para una apelación rápida:** Usted o su representante autorizado deben contactarnos por teléfono o fax usando la información indicada en la forma de apelación y quejas para miembros de Alignment Health Plan.

**¿Qué sucede después?** Si usted apela, el plan revisará nuestra decisión. Después que el plan revisa nuestra decisión, si todavía se le niegan los servicios que solicita, Medicare le dará una revisión nueva y imparcial de su caso realizada por un revisor fuera de Alignment Health Plan. Si no está de acuerdo con esa decisión tendrá derecho a otro nivel de apelación. Se le notificará sobre esos derechos de apelación si esto sucede.

### Otra información de contacto:

Si necesita información o ayuda, llámenos al:  
1-877-399-2247, TTY: 711

### Otros recursos para ayudarlo:

Centro de Derechos de Medicare:  
Línea gratuita: 1-888-HMO-9050

### Localizador de atención a personas de edad avanzada

Línea gratuita: 1-800-677-1116

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

TTY/TDD: 1-877-486-2048