

Formulario de Miembro para Solicitar o Presentar una Apelación o Queja

Use este formulario para solicitar una determinación de cobertura o para presentar una apelación o queja con respecto a cualquier aspecto del cuidado o servicio brindado por OneCare. Conteste y envíe este formulario en persona, por correo o por facsímile al 1-714-481-6499.

Por favor escriba a máquina o en letra de molde:

Nombre del Miembro (*Nombre*) (*Inicial*) (*Apellido*) _____ Número de CIN de Miembro _____

Dirección _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
 (_____) _____

Número de Teléfono _____ Fecha de Nacimiento (*Mes/Día/Año*) _____

Describa brevemente la razón por la apelación, queja o solicitud (incluyendo las solicitudes para una excepción a la cobertura de un medicamento) - indique el servicio, nombre del medicamento, las fechas, horarios, personas involucradas, los lugares relacionados a la queja, etc. Incluya detalles exactos y use una hoja de papel adicional si es necesario. Por favor de incluir copias de cualquier información adicional que puede ser pertinente a su queja o solicitud. Asegúrese de escribir su nombre y número de identificación de miembro en todas las hojas.

Fecha _____ **Firma** _____

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare (HMO SNP) al 1-877-412-2734, las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Puede visitar nuestra oficina de lunes a viernes de las 8 a.m. a las 5 p.m., en el 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. Usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-800-735-2929.

Aviso: Si desea que otra persona que no sea su médico o proveedor que le recetó el medicamento lo represente, debe llenar el **Formulario de Designación de Representante** que puede ser imprimido directamente de la página de Internet de CalOptima OneCare www.caloptima.org o llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare al 1-877-412-2734. Por favor consulte su Evidencia de Cobertura para información más detallada sobre qué hacer si tiene un problema o una queja.

¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con esta decisión?

Usted tiene el derecho de apelar la decisión. Debe apelar la decisión por escrito dentro de un plazo de 60 días de la fecha de este aviso. Si tiene una buena razón que le impida cumplir con este plazo, podríamos darle más tiempo.

¿Quién puede presentar una apelación?

Usted o el médico que lo trata puede apelar la decisión. También puede nombrar a un pariente, amigo, defensor, abogado, médico (que no sea el médico que lo trata) o cualquier otra persona que actúe en nombre suyo. Otras personas podrían ya ser autorizadas para representarlo bajo la ley estatal.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare al 1-877-412-2734, las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Puede visitar nuestra oficina de lunes a viernes de las 8 a.m. a las 5 p.m. Usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-800-735-2929.

Si desea que alguien lo represente, usted y su representante deben firmar, escribir la fecha y enviar una declaración nombrando a esta persona como su representante.

Información Importante sobre sus Derechos de Apelación

Para más información acerca de sus derechos para apelar, llámenos o vea su Evidencia de Cobertura.

Hay dos tipos de apelación que puede solicitar:

Estándar (30 días) – Usted puede pedir una apelación. Tenemos que responderle no más tarde de 30 días después de haber recibido su apelación. (Podemos extender éste tiempo hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si necesitamos información adicional y la extensión es para su beneficio.)

Rápida (Revisión de 72 horas) – Usted puede pedir una apelación rápida si usted o su médico piensan que esperar 30 días para una decisión de su apelación implicaría una amenaza a su salud. Tomaremos una decisión de una apelación rápida no más tarde de 72 horas después de haber recibido su apelación. (Podemos extender éste tiempo hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si necesitamos información adicional y la extensión es para su beneficio.)

- **Si su médico** pide una apelación rápida por usted, o lo apoya en pedir una, y el médico indica que esperar 30 días implicaría una amenaza a su salud, **automáticamente le daremos una apelación rápida.**
- Si usted pide una apelación rápida sin apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere una apelación rápida. Si no le damos una apelación rápida, tomaremos una decisión en su apelación no más tarde de 30 días.

¿Que debo incluir con mi apelación?

Usted debería de incluir: su nombre, dirección, Número ID de Miembro, razón por la apelación, y cualquier evidencia que usted desea incluir. Usted puede enviar expedientes médicos, cartas de su médico, u otra información que explica porque deberemos proveerle el servicio. Llame a su médico si necesita ésta información para ayudarle con su apelación. Usted puede enviar ésta información o presentar ésta información en persona.

¿Cómo presento una apelación?

Para una apelación estándar: Usted o su representante autorizado debería enviar o entregar su apelación por escrito a la dirección abajo:

Grievance and Appeals Resolution Services
CalOptima
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Para una apelación rápida: Usted o su representante autorizado deberían comunicarse con nosotros por teléfono o por fax:
1-877-412-2734

¿Qué sucede después? Si usted somete una apelación, revisaremos nuestra decisión inicial. Después de que revisemos la decisión, si cualquiera de los servicios todavía quedan negados, el programa de Medicare le dará el derecho que otra persona imparcial (y fuera de OneCare) revise de nuevo su apelación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, usted tendrá derechos adicionales de apelar. Usted será notificado de los derechos de apelación si esto sucede.

Información de contacto:

Si necesita información o ayuda, comuníquese con nosotros de lunes a viernes de las 8 a.m. a las 5:30 p.m. al:

Número Gratuito: 1-877-412-2734
Línea TTY/TDD: 1-800-735-2929

Otros recursos para ayudarle:

Medicare Rights Center:
Número Gratuito: 1-888-HMO-9050

Elder Care Locator:
Número Gratuito: 1-800-677-1116

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY/TTD: 1-877-486-2048