

Formulario de Quejas y Apelaciones de CenCal CareConnect (HMO D-SNP)

Este formulario le permite hacer sugerencias, presentar una queja formal o apelar cualquier aspecto del cuidado o servicio que usted recibió. La **ley requiere** que CenCal CareConnect conteste sus quejas o apelaciones y existe un procedimiento específico para resolver estos asuntos. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a Servicios para Miembros de CenCal CareConnect Member: 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 7 días a la semana, 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico. También encontrará la información de contacto de nuestros Servicios para Miembros en su Tarjeta de Identificación (ID, por sus siglas en inglés) de miembro. Como miembro de CenCal CareConnect, usted tiene el derecho de presentar una queja contra CenCal CareConnect o sus proveedores sin temor de consecuencias negativas por parte de CenCal CareConnect, su doctor o cualquier otro proveedor.

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

Nombre del Miembro (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Número de la Tarjeta de Identificación (ID) del Miembro

Dirección del Miembro

Número de teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de nacimiento

Representante Autorizado: Si la queja la presenta una persona que no es el miembro, por favor repase la sección titulada "Quién puede presentar una apelación" y proporcione la siguiente información:

Nombre del representante:

Número de teléfono:

Relación con el miembro:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Naturaleza (descripción) de la queja o apelación:

¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE? o ¿QUÉ SE NEGÓ?

¿CUÁNDO OCURRIÓ ESTO? (SI NO ESTÁ SEGURO(A), DÉ FECHA(S)/HORA(S) APROXIMADAS. Para apelaciones ponga la fecha de la negación)

¿QUIÉN TOMÓ PARTE?

POR FAVOR DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ. (PARA APELACIONES INCLUYA COPIAS DE LAS CARTAS DE NEGACIÓN)

Firma:

Por favor firme este formulario y envíelo por CORREO O FAX A:

CenCal CareConnect

Attn: Appeal and Grievance Department

4050 Calle Real, Santa Barbara, CA 93310

Fax: 1-805-681-3009

Si tiene preguntas llama al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico.

Fecha:

Firma del Miembro:

Fecha:

Firma del Representante:

Es posible que usted tenga derecho de apelar.

Para ejercer sus derechos de apelar, presente su apelación por escrito dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de su aviso original de negación. Su plan puede darle más tiempo si tiene una buena razón por no haber presentado su apelación en ese plazo.

¿Quién Puede Presentar una Apelación?

Usted o alguien que usted designe para actuar en su nombre (su **representante autorizado**) puede presentar una apelación. Usted puede nombrar a un pariente, amigo, defensor, abogado, doctor, o alguien más que actúe en su nombre. Es posible que otros, que no se nombraron anteriormente, ya estén autorizados bajo las leyes estatales para actuar por usted.

Nos puede llamar al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 7 días a la semana, 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico para aprender cómo nombrar a su representante autorizado.

Si usted quiere que alguien más actúe en su nombre, usted y su representante autorizado deben firmar, poner la fecha y enviarnos la página 1 de este formulario, que servirá como una declaración nombrando a esta persona para actuar por usted.

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.

Hay Dos Tipos de Apelaciones que Puede Presentar:

Estándar (30 días) - Usted puede solicitar una apelación estándar. Su plan tiene la obligación de darle una decisión a más tardar 30 días después de recibir su apelación. (Su plan puede extender este plazo hasta por 14 días si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y la extensión es de beneficio para usted.)

Rápida (revisión en 72 horas) - Usted puede solicitar una apelación rápida si usted o su doctor cree que esperar demasiado tiempo para una decisión puede ser muy dañino para su salud. Su plan debe decidir una apelación rápida a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación. (Su plan puede extender este plazo hasta por 14 días si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y la extensión es de beneficio para usted.)

- Si algún doctor pide una apelación rápida para usted o apoya que usted solicite una, y el doctor indica que esperar 30 días puede ser muy dañino para su salud, su plan automáticamente le dará una apelación rápida.
- Si usted pide una apelación rápida sin el respaldo de un doctor, su plan decidirá si necesita una apelación rápida por su salud. Si su plan no le da una apelación rápida, su plan decidirá su apelación dentro de 30 días.

¿Qué Incluyo con Mi Apelación?

Usted debe incluir: su nombre, dirección, número de ID de Miembro, razón por la que está apelando y cualquier evidencia que quiera incluir. Usted puede enviar registros médicos, cartas de doctores u otra información que explica porque el plan debe proveer el servicio.

Llame a su doctor si usted necesita esta información para ayudarle con su apelación. Usted puede enviar esta información o presentarla en persona si lo desea.

¿Cómo Presento una Apelación?

Para una Apelación Estándar: Usted o su representante autorizado debe enviar por correo o entregar su apelación escrita a su plan de salud a la dirección indicada en el Formulario de Apelación y Quejas del Plan Medicare Advantage de California.

Para una Apelación Rápida: Usted o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros por teléfono o fax usando la información de contacto indicando en el Formulario de Apelación y Quejas del Plan Medicare Advantage de California.

¿Qué Ocurre Después? Si usted apela, su plan revisará nuestra decisión. Después que su plan revise nuestra decisión, si hay algún servicio que usted haya solicitado que siga negado, Medicare le ofrecerá una revisión nueva e imparcial de su caso, hecha por un revisor externo a su Organización de Medicare Advantage. Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tendrá derechos adicionales de apelación. Si esto sucede se le notificará de esos derechos de apelación.

Otra Información de Contacto:

Servicios para Miembros de CenCal CareConnect: Llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 7 días a la semana, 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico. También puede visitar www.cencalhealth.org.

Mediador “Ombudsman” de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés) de California: Llame al 1-888-452-8609 (TTY: 711). El Mediador “Ombudsman” de Medi-Cal de California del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés) puede contestar preguntas si tiene algún problema con su apelación. También le puede ayudar a entender los siguientes pasos que debe de hacer. El Mediador no está conectado con nuestro plan ni tampoco con ninguna compañía de seguro médico ni plan de salud. Sus servicios son gratis.

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP, por sus siglas en inglés): Llame al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Los asesores de HICAP pueden ayudarle con problemas con Medicare, incluyendo cómo apelar. HICAP no está conectado con ninguna compañía de seguro médico ni plan de salud. Sus servicios son gratis.

Medicare: Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O visite Medicare.gov.

Línea de Ayuda del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California: Llame al 1-800-541-5555 (TTY: 711).

Medicare Rights Center (Centro de Derechos de Medicare): Llame al 1-800-333-4114, o visite www.medicarerights.org.

Eldercare Locator (servicios para adultos mayores): Llame al 1-800-677-1116, o visite www.eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.