



IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Appeal & Grievance Form

Este formulario debe usarse para hacer sugerencias, presentar una queja formal o una apelación relacionada con cualquier aspecto de la atención o el servicio que se le proporcionó. La **ley exige a** IEHP DualChoice que responda a sus quejas o apelaciones y existe un procedimiento detallado para resolver estas situaciones. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al **1-877-273-IEHP (4347)** o al **1-800-718-4347 (TTY)**, de 8am-8pm (Hora Estándar del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. También puede encontrar la información de contacto de Servicios para Miembros de IEHP DualChoice en su tarjeta de IEHP DualChoice. Como Miembro de IEHP DualChoice, usted tiene derecho a presentar una queja en contra de IEHP DualChoice o sus proveedores sin temor a que exista una acción negativa por parte de IEHP DualChoice, su Doctor o cualquier otro proveedor.

Por favor escriba a mano o a máquina la siguiente información:

Nombre del Miembro (Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre)

Número de TARJETA de IDENTIFICACIÓN de IEHP

Domicilio del Miembro

Número de Teléfono de Casa

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono del Trabajo o para Mensajes

Número de Medicare

Masculino/Femenino

Fecha de Nacimiento

Representante Autorizado: Si la queja es presentada por alguien que no es el Miembro, por favor, consulte la sección titulada "Quién puede presentar una Apelación" y proporcione la siguiente información:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el Miembro: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Naturaleza de la queja:

¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE? (NOMBRE DEL HOSPITAL, DOCTOR U OTRA UBICACIÓN)

¿CUÁNDO SUCEDIÓ ESTO? (SI NO ESTÁ SEGURO, DÉ LAS FECHAS/HORAS APROXIMADAS)

¿QUIÉN ESTUVO INVOLUCRADO?

POR FAVOR DESCRIBA LO QUE SUCEDIÓ. (ADJUNTE COPIAS DE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL, SI ES NECESARIO)

Por favor firme y ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO O POR FAX A: IEHP DUALCHOICE
Attn: Appeal and Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
Fax: (909) 890-5748. Si tiene Preguntas, llame al **1-877-273-IEHP (4347)** o al **1-800-718-4347 para usuarios de TTY**, de 8am-8pm (Hora Estándar del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Fecha _____ Firma del Miembro _____

Fecha _____ Firma del Representante _____

Es posible que usted tenga el derecho a presentar una apelación.

Para ejercer sus derechos de apelación, presente su apelación por escrito en un plazo de 60 días naturales después de la fecha de su aviso de denegación original. Es posible que su plan le dé más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir el plazo.

¿Quién Puede Presentar Una Apelación?

Usted o alguien que usted designe para actuar en su representación (su **representante autorizado**), puede presentar una apelación. Puede designar a un familiar, amigo, abogado, Doctor o cualquier otra persona para que lo represente. Es probable que otras personas, que no se mencionaron anteriormente, ya estén autorizadas para representarlo según la ley Estatal.

Puede llamarnos al **1-877-273-IEHP (4347)** para obtener información sobre cómo designar a un representante autorizado. Si tiene deficiencia auditiva o del habla, puede llamar a la Línea TTY/TDD al **1-800-718-4347**, de 8am-8pm (Hora Estándar del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Si desea que alguien lo represente, usted y su representante autorizado deben firmar, poner la fecha y enviarnos la página 1 de este formulario, que servirá como una declaración en la que se designa a la persona que lo representará.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

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

Existen Dos Tipos de Apelaciones que Puede Presentar:

Estándar (30 días): Usted puede solicitar una apelación estándar. Su plan debe informarle su decisión a más tardar 30 días después de recibir su apelación. (Es probable que su plan extienda este tiempo hasta 14 días si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y la extensión lo beneficia a usted).

Rápida (revisión en 72 horas): Usted puede solicitar una apelación rápida si usted o su Doctor consideran que su salud podría sufrir un daño grave si espera demasiado para obtener una decisión. Su plan debe tomar una decisión respecto a una apelación rápida en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación. (Es probable que su plan extienda este tiempo hasta 14 días si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y la extensión lo beneficia a usted).

- Si algún Doctor solicita una apelación rápida para usted, o lo respalda para solicitar una, y el Doctor indica que esperar 30 días podría dañar gravemente su salud, su plan le autorizará una apelación rápida automáticamente.
- Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un Doctor, su plan decidirá si su salud requiere una apelación rápida. Si su plan no le autoriza una apelación rápida, su plan tomará una decisión respecto a su apelación en un periodo de 30 días.

¿Qué Debo Incluir En Mi Apelación?

Debe incluir: su nombre, su domicilio, su número de Identificación de Miembro, los motivos por los que solicita la apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar los registros médicos, las cartas del Doctor u otra información de respaldo que explique por qué su plan debe proporcionar el servicio.

Llame a su Doctor si necesita esta información para ayudarlo con su apelación. Puede enviar o presentar esta información personalmente, si lo desea.

¿Cómo Presento Una Apelación?

Para una Apelación Estándar: Usted o su representante autorizado, debe enviar por correo o entregar su apelación por escrito a su plan de salud en el domicilio que se indica en el Formulario de Apelaciones y Quejas del Miembro del Plan de Medicare Advantage de California.

Para una Apelación Rápida: Usted o su representante autorizado debe contactarnos por teléfono o fax usando la información de contacto del plan que se indica en el Formulario de Apelaciones y Quejas del Miembro del Plan de Medicare Advantage de California.

¿Qué Sigue? Si presenta una apelación, su plan revisará nuestra decisión. Después de que su plan revise nuestra decisión, y si aún son denegados algunos de los servicios que solicitó, Medicare le proporcionará una revisión nueva e imparcial de su caso, por medio de un revisor que no pertenezca a su Organización de Medicare Advantage. Si no está de acuerdo con esa decisión, tendrá otros derechos de apelación. Si esto sucede, se le notificarán estos derechos de apelación.

Otra Información de Contacto:

Si necesita información o ayuda, llámenos a:

Línea Gratuita: **1-877-273-IEHP (4347)**

TTY: **1-800-718-4347**

De 8am-8pm (Hora Estándar del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Otros Recursos que le Pueden Ayudar:

Línea Gratuita del Medicare Rights Center: **1-888-HMO-9050**

Servicio de Localización de Cuidados para Adultos Mayores: Línea Gratuita: **1-800-677-1116**

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

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.