

Formulario de solicitud de apelación o queja médica

Si tiene una queja o apelación relacionada con su plan de salud o cualquier aspecto de sus cuidados, incluida la atención dental o equipos médicos, queremos escucharla y ver cómo podemos ayudar. Puede usar este formulario para proporcionarnos detalles sobre lo sucedido. Por favor proporcione información completa para que podamos revisar su caso de la mejor manera posible.

Si su queja o apelación está referida a un medicamento, debe completar un formulario diferente para las apelaciones de la Parte D, que puede encontrar en el [sitio web](#) de Author by Humana o solicitarlo a su Coordinador del Cuidado.

Si usted es un proveedor que envía esta solicitud en nombre de su paciente, puede contactar a un asistente de navegación de proveedores si tiene alguna pregunta.

INSTRUCCIONES

- Complete toda la información en este formulario.
- Prepare los documentos de respaldo (como recibos, expedientes médicos o una carta de su proveedor).
- Envíenos todo por correo a:
Grievance & Appeal Department
P.O. Box 273
Sidney, NE 69162

O bien, puede enviarla a nuestras oficinas por fax al 1-833-301-1004.

Si su apelación es por un servicio que aún no ha recibido, pero que debe recibir muy pronto, puede enviar este formulario y documentos de respaldo a nuestra línea de fax para apelaciones aceleradas (rápidas) al 1-833-301-1005. Una apelación acelerada se presenta cuando usted y su proveedor creen que esperar la cantidad de tiempo estándar para obtener una decisión podría dañar gravemente su salud. Por favor, consulte más información en la página 4.

SECCIÓN 1: ¿QUIÉN ES EL MIEMBRO?

Nombre del miembro (nombre y apellido)		
Número de ID del miembro		Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____/
Calle		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono
Nombre del representante (llene si una persona actúa en nombre del miembro; de lo contrario, deje en blanco)		

SECCIÓN 2: ¿CUÁL FUE EL ASUNTO O PROBLEMA?

Primero, ayúdenos a entender de qué se trata esto. Por favor marque una de las casillas a continuación:

___ Un servicio de salud del comportamiento, dental o médico (o equipo médico)

___ Un problema sobre otro tema

Si marcó “Un problema sobre otro tema”, por favor omita la siguiente pregunta, “¿qué debemos saber acerca de este problema?”

Si marcó “Un servicio de salud del comportamiento, dental o médico (o equipo médico)”, por favor complete los detalles a continuación:

Servicio	
Nombre del proveedor (médico, dentista, centro de salud o farmacia)	
Número de teléfono del proveedor	Número de fax del proveedor
¿Ya recibió este servicio? ___ Sí ___ No	
Fecha del servicio (mes/día/año) ____/____/____	Número de reclamación (si lo tiene)

¿Qué debemos saber acerca de este problema?

En el espacio a continuación, por favor describa el problema en detalle. Asegúrese de ser lo más específico(a) posible sobre lo que sucedió y quién estuvo involucrado. Incluya las fechas de servicio y avísenos cuándo tuvo contacto con empleados de Author by Humana, proveedores de servicios de salud o farmacias. Si le falta espacio, puede escribir al reverso o agregar otra página.

¿Qué información adicional puede compartir?

Por favor adjunte copias de información o documentos de respaldo que debamos revisar, como recibos de servicios ya pagados, expedientes médicos o una carta de su proveedor.

¿Qué documentos ha adjuntado?

___ Recibo(s)

___ Factura(s) médica(s)

___ Expedientes médicos

___ Carta de su proveedor o dentista

___ Ninguno

___ Otro (especifique): _____

¿Se debe acelerar esta apelación?

Las apelaciones aceleradas son solo para servicios que aún no ha recibido, pero que necesita recibir muy pronto. Una apelación acelerada se presenta cuando usted y su proveedor creen que esperar la cantidad de tiempo estándar para obtener una decisión podría dañar gravemente su salud.

Para procesar una apelación acelerada, necesitaremos una declaración de su proveedor acerca del motivo por el que se debe acelerar su solicitud.

___ Por favor marque aquí si necesita una decisión acelerada dentro de 72 horas, y tiene una declaración de respaldo de su proveedor.

SECCIÓN 3: ¿NECESITA NOMBRAR A UN REPRESENTANTE?

Si es el miembro que actúa en su propio nombre, puede omitir esta sección.

Si no es el miembro y no está seguro(a) si está autorizado(a) para actuar en representación del miembro, por favor complete esta sección con el miembro.

Yo, _____ (*nombre del miembro*), designo a
_____ (*nombre del representante*) para que
actúe en nombre de, _____ (*nombre del
miembro o dependiente del miembro*) en relación con cualquier reclamación de
cobertura o beneficios identificada en este caso. Esto incluye recibir
aprobaciones o autorizaciones que se requieren antes de recibir servicios
médicos. Autorizo a mi representante para que reciba toda la información
relacionada con este caso que se me proporcione y para que actúe en mi
nombre al proporcionar a Author by Humana cualquier información
relacionada con las reclamaciones, aprobaciones o autorizaciones en disputa.
Este documento no autoriza el acceso a información de salud personal que no
esté relacionada con las reclamaciones, aprobaciones o autorizaciones en
disputa.

Yo, _____ (*nombre del representante*),
acepto la designación anterior.

Información de contacto del representante:

Número de Medicare del miembro (beneficiario como parte) o Número
de ID del plan

Relación del representante con el miembro		
Calle		Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 4: FIRMAR Y ENVIAR

Firma del miembro	Fecha (mes/día/año) ____/____/____ /____/
Firma del representante autorizado*	Fecha (mes/día/año) ____/____/____ /____/

*Usted es el representante autorizado si usted y el miembro han completado la Sección 3 de este formulario.

Gracias por tomarse el tiempo para informarnos sobre este problema. Nos pondremos en contacto con usted si tenemos alguna pregunta y le avisaremos tan pronto como finalicemos nuestra investigación del problema.

Su coordinador(a) de cuidado está disponible para responder las preguntas que pueda tener, así que no dude en comunicarse con él o ella si necesita algo. Puede llamarlo(a) al 1-833-502-2012 (TTY: 711).

Si es un proveedor que envía esta solicitud en nombre de su paciente, puede llamar



a su asistente de navegación de proveedores al 1-833-502-2013, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este, de lunes a viernes.

Author by Humana