

Formulario de solicitud de apelación o queja médica de la Parte D

Si tiene una queja o apelación relacionada con un medicamento, queremos escucharla y ver cómo podemos ayudar. Puede usar este formulario para darnos detalles sobre lo que sucedió. Por favor proporcione información completa para que podamos revisar su caso de la mejor manera posible.

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 o una carta de su proveedor).
- Envíenos todo por correo a:
Humana Grievance & Appeal Department
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165
O bien, puede enviarlos a nuestras oficinas por fax al 1-877-556-7005.

Si su apelación es por un medicamento 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 1-855-251-7594. Una apelación acelerada se presenta cuando usted y su proveedor creen que esperar el 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?

Medicamento	
Nombre del proveedor (médico, centro de salud o farmacia)	
Número de teléfono del proveedor	Número de fax del proveedor
¿Ya recibió el medicamento? ____ Sí ____ No	

¿Qué información adicional puede compartir?

Por favor adjunte copias de información o documentos de respaldo que debamos revisar, como recibos de medicamentos 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 (médico, centro de salud o farmacia)

___ Ninguno

___ Otro (especifique): _____

¿Se debe acelerar esta apelación?

Las apelaciones aceleradas son solo para servicios o medicamentos que aún no ha recibido, pero que debe recibir muy pronto. Una apelación acelerada se presenta cuando usted y su proveedor creen que esperar el 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 o médico que prescribe	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 (TTY: 711), de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este, de lunes a viernes.

Author by Humana