



FORMULARIO DE APELACIONES Y QUEJAS

Si presenta un recurso, envíe este formulario dentro de los 65 días siguientes a la fecha de la notificación de denegación.

Si apela la responsabilidad del costo compartido, presente este formulario dentro de los 65 días a partir de la fecha de la factura o de la Explicación de Beneficios (EOB).

Enviar el formulario a: Elite Health Plan, P.O. Box 1489 Orange, CA 92856

Nombre:		
ID de miembro:	MBI:	
Dirección de la calle:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono principal #:	Teléfono secundario #	

Si es aplicable, por favor envíe un Formulario de Designación de Representante y complete lo siguiente:

Representante autorizado:	Número de teléfono representativo:
---------------------------	------------------------------------

¿Es esto una apelación o una queja?

☐ Queja

☐ Apelación Médica: ____ Estándar o ____ Acelerado

Número(s) de autorización que se están apelando:

Tipos de Servicio:

Proveedor de servicios:

Proveedor Solicitante:

☐ Apelación de reclamaciones:

Número(s) de reclamación que se están apelando:

Fechas de Servicio:

Monto Total en Disputa: \$

Por favor, proporcione una descripción de su queja o apelación. Sea lo más específico posible sobre lo que sucedió y quién estuvo involucrado. Incluya cualquier fecha de servicio o contacto con nuestros empleados, proveedores de salud, vendedores o farmacias. Si se queda sin espacio, siéntase libre de escribir en el reverso o agregar una página adicional.

Firma:

Fecha:

INFORMACIÓN ÚTIL:

Si desea presentar una apelación o queja acelerada de forma verbal, comuníquese con los Servicios al Miembro al número gratuito 1-800-958-1129, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. PST, de lunes a viernes. Cerrado todos los días festivos federales. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. PST, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al plan al 711.

¿Qué es una queja?

Un tipo de queja formal, presentas una queja para expresar insatisfacción con las operaciones, actividades o comportamiento de un plan o sus proveedores contratados, ya sea que solicites acción correctiva o no. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, requieren que todos los planes de Medicare Advantage tengan procedimientos establecidos para la resolución oportuna de quejas.

Las decisiones tomadas bajo el proceso de quejas no pueden ser apeladas.

Aprender más sobre quejas: <https://cms.gov/medicare/appeals-grievances/managed-care/grievances>

¿Qué es un recurso (reconsideración)?

Si no está de acuerdo con una decisión de denegación, puede solicitar una reconsideración o una nueva determinación presentando una apelación. Su plan de MA revisará la decisión médica o de pago junto con cualquier evidencia de apoyo adicional, y luego aprobará o denegará su solicitud.

Aprende más sobre las apelaciones (reconsideración):

<https://cms.gov/medicare/appeals-grievances/managed-care/reconsideration-advantage-health-plan-part-c>