

## CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL O UNA APELACIÓN

La satisfacción de los afiliados es muy importante para CarePlus. Si tiene un problema o una queja, generalmente el primer paso es llamar al departamento de Servicios para Afiliados. Llame a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907, y ellos le informarán si hay algo más que usted tenga que hacer. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede hacer su queja por escrito y enviárnosla. Puede descargar un Formulario de Queja Formal o Apelación desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>.

Usted o su representante autorizado pueden presentar su queja y/o su solicitud de apelación por escrito al departamento de Quejas Formales y Apelaciones de CarePlus, a la siguiente dirección o número de fax:

CarePlus Health Plans, Inc.  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172  
Attn.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones  
Número de fax: 1-800-956-4288

Si usted quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como representante autorizado para que presente una queja formal o apelación. Las instrucciones para designar un representante pueden encontrarse en la página 8 de este documento. También puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura arriba para solicitar un Formulario de Nombramiento de Representación o para hacer preguntas sobre la forma de nombrar a un representante.

## CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL (NOMBRE FORMAL PARA HACER UNA QUEJA)

### **¿Qué ocurre si tengo una queja?**

Una **queja formal** es una queja o disputa que expresa la falta de satisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o conducta de CarePlus o de sus proveedores. Una queja formal no incluye disputas por cobertura o pagos.

Algunos ejemplos de por qué usted o su representante autorizado podrían presentar una queja formal incluyen los siguientes:

- ¿No está satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted siente que debería ser confidencial?

- ¿Ha sido alguien descortés o irrespetuoso con usted?
- ¿No está satisfecho con la forma en que un representante de nuestro departamento de Servicios para Afiliados lo ha tratado?
- ¿Siente que se le está animando para que abandone el plan?
- ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtener una?
- ¿Ha esperado mucho tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro departamento de Servicios para Afiliados u otro personal del plan? (Los ejemplos incluyen esperar mucho tiempo en el teléfono, la sala de espera, para conseguir una receta o en la sala de examinación).
- ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
- ¿Cree que no ha recibido un aviso que nosotros debemos entregarle?

Usted puede solicitar una queja formal acelerada (rápida) si su queja formal se relaciona con una de las siguientes circunstancias:

- Usted no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo de tiempo para realizar una determinación de organización o una apelación inicial (reconsideración).
- Nosotros denegamos su solicitud de una determinación de organización/determinación de cobertura acelerada (rápida).
- Nosotros denegamos su solicitud de una apelación acelerada (rápida).

Si su queja formal cumple con alguno de los criterios mencionados arriba para una queja formal rápida, responderemos en el término de 24 horas.

Para todas las otras quejas formales, CarePlus le avisará a usted o a su representante autorizado sobre nuestra decisión lo más rápido que lo requiera su caso basado en su estado de salud, pero no después de 30 días calendario una vez que se recibió su queja formal. En algunos casos, podemos extender el plazo de tiempo por hasta 14 días calendario si usted solicita la extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional, y la demora es para su máximo beneficio. Si decidimos usar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja formal con CarePlus en forma oral o escrita. Puede presentar una queja formal en forma oral si llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

También puede enviarnos una queja formal por escrito y enviarla por correo o por fax a:

CarePlus Health Plans, Inc.  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172  
Attn.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones  
Número de fax: 1-800-956-4288

**Cuando presente una queja formal por escrito, incluya la siguiente información:**

Su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de afiliado, su firma o la de su representante autorizado, la fecha, detalles de su problema y todo contacto anterior que haya tenido con nosotros, y la acción que usted nos pide que hagamos.

Puede descargar un Formulario de Queja Formal o Apelación desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>. También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Afiliados para solicitar un Formulario de Queja Formal o Apelación.

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

**¿Qué ocurre si se me deniega un servicio o un reclamo?** *(Si se le denegó un medicamento recetado de la Parte D, vaya a la página 6).*

Una apelación de **reconsideración** (Parte C) es una manera formal de pedirle a CarePlus que revise una decisión de denegación de cobertura (determinación de organización). Si CarePlus ha hecho una determinación de organización y usted no está satisfecho con esta decisión, usted, su representante autorizado o su médico pueden apelar la decisión. En esta apelación, nosotros revisamos la determinación de organización que tomamos. Un revisor diferente de los que tomaron la decisión no favorable original manejará su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos sobre nuestra decisión.

El proceso de apelación tiene cinco niveles:

**Nivel 1:** Reconsideración por parte de CarePlus

**Nivel 2:** Revisión por parte de la Entidad de Revisión Independiente

**Nivel 3:** Audiencia de un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado

**Nivel 4:** Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare

**Nivel 5:** Revisión por parte de un Tribunal Federal de Distrito

El primer paso es apelar a CarePlus (apelación de Nivel 1). Las solicitudes de apelación deben presentarse a CarePlus dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de la determinación de organización. Si la solicitud de apelación se presenta después de la fecha límite de 60 días para la presentación, usted debe incluir una declaración en la que explique la razón por la que usted no presentó la apelación a tiempo.

Usted puede presentar una solicitud para una **apelación acelerada (rápida)** en forma oral o escrita. Usted puede solicitar solamente una apelación rápida para atención que no haya recibido todavía, y si las fechas límite estándares podrían causarle daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar. Usted no puede obtener una apelación rápida si su solicitud es por pagos por atención médica que ya ha recibido. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida. Si usted nos pide una apelación rápida por sí solo, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una apelación rápida.

Puede presentar una solicitud para una apelación rápida en forma oral u obtener asistencia adicional si llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un



mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Las solicitudes de **apelación estándar** deben hacerse por escrito.

Usted puede enviarnos una solicitud de apelación estándar o rápida por escrito, por correo o fax a:

CarePlus Health Plans, Inc.  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172  
Attn.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones  
Número de fax: 1-800-956-4288

El Formulario de Queja Formal o Apelación está disponible para descargarlo desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>. También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Afiliados para solicitar un Formulario de Queja Formal o Apelación.

Cuando presente una apelación por escrito, incluya la siguiente información:

Su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de afiliado, su firma o la de su representante autorizado, la fecha, el nombre del proveedor, la o las fechas de servicio (si aplican) y los detalles del problema sobre el cual usted quiere que revisemos para la apelación. Adjunte copias de toda información de soporte o de documentos que nosotros debamos revisar, como expedientes médicos, facturas médicas, una copia de nuestra Explicación de Beneficios o una carta de su proveedor.

Una vez que recibamos su solicitud, tomaremos una decisión y le daremos un aviso sobre nuestra determinación lo más rápido que su salud lo requiera, pero no después de los siguientes plazos de tiempo:

- **72 horas** para apelaciones rápidas
- **30 días calendario** para solicitudes estándar si su apelación es sobre cobertura por servicios que todavía no ha recibido (apelaciones previas al servicio)
- **60 días calendario** para solicitudes sobre cobertura por servicios que ya ha recibido (apelaciones de reclamo)

En algunos casos, podemos extender el plazo de tiempo por hasta 14 días calendario si usted solicita la extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional, y la demora es para su máximo beneficio. Si decidimos usar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

Si denegamos todo o parte de su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En cada nivel de apelación, si la entidad de revisión deniega su apelación, la notificación de decisión que le envíen contendrá la información necesaria para presentar una solicitud de apelación dirigida al siguiente nivel.

Después de la revisión por parte de CarePlus, todos los niveles de apelación subsiguientes serán revisados por una entidad independiente. Esto ayudará a garantizar una decisión justa e imparcial.

## Audiencia Justa de Medicaid

Para los afiliados con doble elegibilidad completa de Medicare y Medicaid *únicamente*, hay un proceso de Audiencia Justa de Medicaid a disposición para ciertos beneficios. Este es un nivel de apelación adicional a través de Medicaid.

Nosotros podemos dar cobertura a los siguientes servicios, basados en nuestro contrato con la oficina de Medicaid del estado. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Estos beneficios pueden no estar disponibles para todos los afiliados.

- Servicios dentales para adultos
- Servicios de audición para adultos
- Servicios de visión para adultos
- Equipo y suministros médicos duraderos relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)<sup>1</sup>
- Terapia de masaje relacionada con SIDA<sup>2</sup>
- Servicios de atención médica de apoyo
- Servicios de quiropraxia
- Administración de casos objetiva de salud mental
- Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de podiatría
- Medicamentos renales
- Transporte

Paso 1: Usted debe seguir el proceso de apelación de Medicare que se explica en las páginas 3 y 4 arriba.

Paso 2: Si no tiene más niveles de apelación de Medicare disponibles para usted, le enviaremos una carta con instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Justa de Medicaid en estos casos:

- Su solicitud fue para un beneficio de Medicaid que figura arriba, y
- Nosotros denegamos el beneficio indicando que no era médicamente necesario.

Usted puede optar por aceptar la decisión del último nivel de apelación de Medicare o solicitar una Audiencia Justa de Medicaid. Si decide continuar, estas instrucciones le dirán cómo solicitar una Audiencia Justa de Medicaid a la Agencia para la Administración de Atención de Salud (AHCA, por sus siglas en inglés) y las fechas límites que usted debe observar.

Paso 3: Para solicitar una Audiencia Justa de Medicaid, usted o su representante designado por escrito deben comunicarse con la Agencia para la Administración de Atención de Salud (AHCA) y pedir una revisión de su caso.

Qué hacer:

- Siga las instrucciones que figuran en el paso 2 para solicitar una Audiencia Justa de Medicaid.

---

<sup>1</sup> Este es un beneficio para el año del plan 2019.

<sup>2</sup> Este es un beneficio para el año del plan 2019.

- Si usted pide una Audiencia Justa de Medicaid, haga su solicitud por escrito dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta con la decisión del último nivel de apelación.

Paso 4: El Funcionario de la Audiencia Justa de Medicaid hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- El Funcionario de la Audiencia Justa de Medicaid revisará con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

Si tiene más preguntas sobre el proceso de Audiencia Justa de Medicaid, comuníquese con la AHCA al 1-877-254-1055 (gratis) o envíe sus preguntas por correo electrónico a [MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com](mailto:MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com). También puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

### ¿Qué ocurre si se me deniega un medicamento recetado de la Parte D?

Una apelación de **redeterminación** (Parte D) es una manera formal de pedirle a CarePlus que revise una decisión de denegación de cobertura (determinación de cobertura). Si CarePlus ha tomado una determinación de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, usted, su representante autorizado o su médico recetador pueden apelar la decisión. En esta apelación, nosotros revisamos la determinación de cobertura que hicimos. Un revisor diferente de los que tomaron la decisión no favorable original manejará su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos sobre nuestra decisión.

El proceso de apelación tiene cinco niveles:

**Nivel 1:** Redeterminación por parte de CarePlus

**Nivel 2:** Reconsideración por parte de la Entidad de Revisión Independiente

**Nivel 3:** Audiencia de un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado

**Nivel 4:** Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare

**Nivel 5:** Revisión por parte de un Tribunal Federal de Distrito

El primer paso es apelar a CarePlus (apelación de Nivel 1). Las solicitudes de apelación deben presentarse a CarePlus dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de la determinación de cobertura. Si la solicitud de apelación se presenta después de la fecha límite de 60 días para la presentación, usted debe incluir una declaración por escrito en la que explique la razón por la que usted no presentó la apelación a tiempo.

Usted puede presentar una solicitud para una **apelación acelerada (rápida)** en forma oral o escrita. Usted puede solicitar solamente una apelación rápida para un medicamento que no haya recibido todavía, y si las fechas límite estándares podrían causarle daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar. Usted no puede recibir una apelación rápida si nos pide que le paguemos por



un medicamento que ya ha comprado. Si su médico recetador nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida. Si usted nos pide una apelación rápida por sí solo, sin el apoyo de su médico recetador, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una apelación rápida.

Puede presentar una solicitud para una apelación rápida en forma oral o recibir más asistencia si llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Las solicitudes de **apelación estándar** deben hacerse por escrito.

Usted puede enviarnos una apelación estándar o rápida por escrito, por correo o fax a:

CarePlus Health Plans, Inc.  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172  
Attn.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones  
Número de fax: 1-800-956-4288

El Formulario de Solicitud de Redeterminación de la Parte D de Medicare está disponible en nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination>. También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Afiliados para solicitar un formulario de solicitud de redeterminación.

Cuando presente una apelación de redeterminación (Parte D) por escrito, incluya la siguiente información:

Debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de afiliado, el medicamento recetado que pide, la información del médico recetador, las razones para la solicitud, y toda evidencia que usted quiera adjuntar. Si su apelación está relacionada con una decisión nuestra de denegar un medicamento que no figura en nuestro formulario, su médico recetador debe indicar que todos los medicamentos de cualquier nivel de nuestro formulario no serían tan efectivos para tratar su enfermedad como el medicamento solicitado que no figura en el formulario, o que perjudicarían su salud. Adjunte copias de toda información de soporte o de documentos que nosotros debamos revisar, como expedientes médicos, facturas médicas o una carta de su proveedor.

Una vez que recibamos su solicitud, tomaremos una decisión y le daremos un aviso de nuestra determinación lo más rápido que su salud lo requiera, pero no después de los siguientes plazos de tiempo:

- **72 horas** para solicitudes aceleradas
- **7 días calendario** para solicitudes estándar

- **14 días calendario** para solicitudes de pago<sup>3</sup>

Si denegamos todo o parte de su solicitud de Nivel 1, usted puede optar por aceptar la decisión o continuar apelando en el siguiente nivel. En nuestro aviso de decisión, le diremos cómo puede apelar a la Entidad de Revisión Independiente. En cada nivel de apelación, si la entidad de revisión deniega su apelación, la notificación de decisión que le envíen contendrá la información necesaria para presentar una solicitud de apelación dirigida al siguiente nivel.

Después de la revisión por parte de CarePlus, todos los niveles de apelación subsiguientes serán revisados por una entidad independiente. Esto ayudará a garantizar una decisión justa e imparcial.

### **Instrucciones sobre cómo designar a un representante**

Si usted quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como representante autorizado para que presente una queja formal, una determinación de cobertura, una determinación de organización o una apelación. Las instrucciones a continuación explican cómo designar a un representante.

Usted puede designar a cualquier persona (ya sea un pariente, amigo, defensor, un abogado, médico u otro médico recetador, un empleado de farmacia, caridad u otro pagador secundario) para actuar como su representante.

- Para designar un representante, puede llenar el Formulario de Nombramiento de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés) (CMS-1696). Este formulario le otorga a esa persona el permiso para actuar en su nombre. Debe ser firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Nos debe entregar una copia del formulario firmado.
- De forma alternativa, en lugar de completar el formulario AOR, puede enviarnos una nota de aviso que incluya los siguientes puntos:
  - el nombre, dirección y número de teléfono del afiliado;
  - el Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) del afiliado o el Número de Identificación de Medicare (HICN, por sus siglas en inglés) del afiliado;
  - el nombre, dirección y número de teléfono de la persona designada;
  - una declaración de que el afiliado está autorizando al representante a actuar en su nombre para los reclamos en cuestión, y una declaración que autorice la divulgación de información de identificación personal al representante;
  - esta declaración debe estar firmada y fechada por el afiliado que realiza la designación;
  - una declaración del individuo designado que indique que acepta la designación;
  - esta declaración debe estar firmada y fechada por el individuo designado como representante.
- Al presentar una queja formal, obtener la decisión de cobertura (determinación de organización/determinación de cobertura) o al tratar con cualquiera de los niveles del proceso de apelaciones, su representante autorizado tiene los mismos derechos y responsabilidades que

---

<sup>3</sup> Entra en vigencia en el 2019; hasta ese entonces, la o las solicitudes de pago se procesarán en el plazo de tiempo de 7 días calendario.



usted.

- La designación se considera válida por un año desde la fecha en que usted y su representante firman el formulario AOR, a menos que esta sea anulada.
- Puede haber alguien que ya esté autorizado legalmente para actuar como su representante bajo las leyes estatales (por ejemplo: guardián designado por la corte, Poder Notarial Duradero, apoderado para cuidados de salud, etc.). En este caso, debe entregarnos una copia del documento legal que designa a esa persona como su representante para que la revisemos.

Para *cuidados médicos*, su médico puede solicitar una determinación de organización o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es negada en Nivel 1, será automáticamente enviada a Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico deberá ser designado como su representante.

Para *medicamentos recetados de la Parte D*, su médico u otro médico recetador puede solicitar una determinación de cobertura, apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro médico recetador deberá ser designado como su representante.

### **Cómo presentar la documentación del representante**

Envíe el Formulario AOR completo, aviso por escrito u otro documento legal a CarePlus por correo o por fax a:

CarePlus Health Plans  
Atte: Departamento de Servicios para Afiliados  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172  
Número de fax: 1-800-956-4288

Si necesita una copia del Formulario AOR o tiene alguna pregunta sobre este proceso, contáctese con el Departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. También puede encontrar una copia del Formulario AOR en la página siguiente.

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

## Nombramiento de un Representante

Nombre de la Parte	Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte)
--------------------	---

### Sección 1: Nombramiento de un Representante

Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a \_\_\_\_\_ para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

Firma de la Parte Solicitando Representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

### Sección 2: Aceptación del Nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, \_\_\_\_\_, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como \_\_\_\_\_  
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del representante	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

### Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a \_\_\_\_\_ ante el Secretario(a) del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

### Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma

Fecha

## Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

Mediante este formulario, "Solicitud para Obtener un Honorario por Concepto de Representación" se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La sección 3 en la primera página de este formulario puede usarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario por concepto de representación.

## Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

## Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

## Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> o llame al 1-800-MEDICARE para más información.

## La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. (“CarePlus”) cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión.

CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
  - Interpretación remota por video
  - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

### **CarePlus Health Plans, Inc.**

Atención: Departamento de Servicios para Afiliados  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172

Teléfono: 1-800-794-5907 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Fax: 1-800-956-4288

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS : 711).

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).