



CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL O UNA APELACIÓN

La satisfacción de los afiliados es muy importante para CarePlus. Si tiene un problema o una inquietud con respecto a su plan de atención médica, queremos escucharlo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados y hacernos saber cómo le podemos ayudar. Puede llamar a 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. 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.

Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos su inquietud por escrito. Puede descargarse el Formulario de Queja Formal o Apelación desde nuestro sitio web <https://www.careplushealthplans.com/members/>. Usted o su representante autorizado pueden enviar su solicitud de queja formal y/o apelación escrita al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de CarePlus a la siguiente dirección o número de fax:

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

Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante autorizado para presentar una queja formal o una apelación. En la página 9 de este documento, encontrará las instrucciones para designar a un representante. También puede llamar a Servicios para Afiliados al número de teléfono indicado anteriormente para solicitar un Formulario de Nombramiento de Representante o consultar sobre cómo nombrar a un representante.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Una **queja formal** es una expresión de insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o actitud de CarePlus o de sus proveedores. Una queja formal no involucra disputas de pago o cobertura.

Entre algunos de los ejemplos de las razones por las que usted o su representante autorizado pueden presentar una queja formal, se encuentran los siguientes:

- ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluida la atención médica en el hospital)?
- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que considera confidencial?
- ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?



- ¿Está disconforme con el trato que le proporcionó un representante de nuestro Departamento de Servicios para Afiliados?
- ¿Cree que lo están motivando a abandonar el plan?
- ¿Tiene dificultad para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla?
- ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O nuestro Departamento de Servicios para Afiliados u otros afiliados del personal del plan? (Por ejemplo, debió esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para obtener una receta).
- ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de la clínica, el hospital o el consultorio médico?
- ¿Cree que no le hemos enviado un aviso que estamos obligados a proporcionarle?

CarePlus investigará su inquietud y le proporcionará una respuesta a usted o a su representante autorizado tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero no a más tardar de 30 días calendario después de recibir la queja formal. En algunos casos, puede que extendamos este plazo hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si decidimos tomarnos días adicionales para revisar su queja formal, se lo notificaremos por escrito.

Puede solicitar una revisión acelerada (rápida) de la queja formal si se encuentra relacionada con una de las siguientes circunstancias:

- No está de acuerdo con nuestra decisión de extender el periodo de tiempo destinado a evaluar una determinación de organización inicial o una apelación (reconsideración).
- Denegamos su solicitud de determinación de cobertura o de determinación de organización acelerada (rápida).
- Denegamos su solicitud de apelación acelerada (rápida).

Si su queja formal cumple con alguno de los criterios mencionados anteriormente para solicitar una reclamación rápida, le responderemos en el término de 24 horas de haber recibido la solicitud.

¿Cómo presento una queja formal?

Usted o su representante autorizado puede presentar una queja formal ante CarePlus de forma oral o por escrito. Puede presentar una queja formal llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Puede enviar su solicitud de queja formal por fax o correo a:

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



Cuando presenta una queja formal escrita, debe incluir la siguiente información:

- Su nombre.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Número de identificación de afiliado.
- Su firma (opcional).
- Fecha.
- Detalles sobre su problema.
- Cualquier contacto previo que haya tenido con nosotros.
- La acción que nos solicita.

Puede usar nuestro Formulario de Queja Formal o Apelación para presentar su solicitud. Puede descargarse este formulario desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitar una copia del Formulario de Quejas Formales o Apelación.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

¿Qué sucede si me deniegan una reclamación o un servicio médico¹?

Una **reconsideración (apelación)** es una manera formal de pedir a CarePlus que revise la denegación o la desestimación de una determinación de cobertura (determinación de organización). Si CarePlus desestimo o tomo una determinación de organización y no está satisfecho, usted, su representante autorizado o su médico pueden apelar la decisión. En esta apelación, revisamos la determinación inicial que tomamos. Un revisor diferente a los que tomaron la decisión desfavorable original se encargará de revisar su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le notificaremos acerca de 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 ante un Juez de Derecho Administrativo o un abogado Adjudicador

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

Nivel 5: Revisión por parte del Tribunal Federal de Distrito

El primer paso es apelar a CarePlus (apelación de nivel 1). Debe presentar la solicitud de apelación ante CarePlus dentro de **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de la

¹ **Atención médica:** incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes normas aplican a las solicitudes de un medicamento recetado de la Parte B. A continuación, le mostraremos cómo las normas para medicamentos recetados de la Parte B difieren de las normas para los servicios y artículos médicos.



desestimación o determinación de organización. Si la solicitud de apelación se presenta después de la fecha límite de 60 días, debe incluir una declaración por escrito en la que explique la razón por la que no envió la apelación a tiempo.

Puede presentar una solicitud para una **apelación acelerada (rápida)** de forma oral o por escrito. Solo puede solicitar una apelación rápida para la atención que aún no ha recibido y si cree que la espera en el plazo estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos. Si solicita una apelación rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, revisaremos su solicitud y decidiremos si su salud requiere que se la otorguemos. No puede obtener una apelación rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido.

¿Cómo solicito una apelación?

Puede solicitar una apelación rápida llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

La solicitud de apelación estándar se debe realizar por escrito.

Puede presentar una solicitud de apelación estándar o rápida por escrito, por correo o fax a:

CarePlus Health Plans
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 apelación por escrito, deberá proporcionar la siguiente información:

- Su nombre.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Número de identificación de afiliado.
- Su firma (opcional).
- Fecha.
- Nombre del proveedor.
- Fechas de servicio (si aplica).
- Detalles sobre el problema que quiere que evaluemos para su apelación.
- Copias de cualquier información o documentos de respaldo que deberíamos revisar, como registros médicos, facturas médicas, una copia de su Explicación de los Beneficios o una carta de su proveedor.

Puede usar el Formulario de Queja Formal o Apelación para presentar la solicitud de apelación por escrito. Puede descargarse este formulario desde nuestro sitio web en



<https://www.careplushealthplans.com/members/>. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitar un Formulario de Quejas Formales o de Apelación.

Una vez que recibamos su solicitud, tomaremos una decisión y le notificaremos sobre nuestra determinación tan rápido como su salud lo requiera, pero sin exceder los siguientes lapsos:

- **72 horas** para apelaciones aceleradas (rápidas).
- **7 días calendario** para solicitudes estándar de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
- **30 días calendario** para solicitudes estándar si su apelación es sobre la cobertura médica de servicios que aún no ha recibido (apelaciones previas al servicio)
- **60 días calendario** para apelaciones sobre cobertura que ya ha recibido (apelaciones de reclamaciones).

En algunos casos, puede que extendamos este plazo de tiempo hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito.

Si denegamos toda 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 incluirá la información necesaria para presentar una solicitud de apelación dirigida al siguiente nivel.

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

Audiencia Imparcial de Medicaid

Los afiliados con doble elegibilidad de Medicare y Medicaid solamente tienen derecho a solicitar una Audiencia Estatal Imparcial para los beneficios cubiertos por Medicaid. Su Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los beneficios cubiertos por el plan.

Paso 1: debe seguir el proceso de apelación de Medicare que se explica en las páginas 3-5.

Paso 2: si denegamos su apelación, le enviaremos una carta de Resolución de Apelación en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión e incluiremos instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. Puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial si cumple con las siguientes condiciones:

- Su apelación correspondía a un beneficio de Medicaid, y
- Denegamos el beneficio porque dijimos que no era necesario por razones médicas.



Paso 3: para solicitar una Audiencia Estatal Imparcial, usted o su representante designado deben comunicarse con la Unidad de Audiencias de Medicaid perteneciente a la Agencia para la Administración de la Salud (AHCA, por sus siglas en inglés) y solicitar una revisión de su caso.

Qué se debe hacer

- Siga las instrucciones indicadas en la carta de Resolución de Apelación del Paso 2 para solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.
- Si solicita una Audiencia Estatal Imparcial, deberá hacerlo por escrito en un plazo de 120 días calendari a partir de la fecha indicada en la carta de decisión de la apelación.

Si recibía servicios durante la apelación del plan y reúne los requisitos para continuar recibéndolos, puede presentar una solicitud para continuar los beneficios a más tardar 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación. Si continúa recibiendo los servicios, es posible que le solicitemos que pague el costo de estos si la decisión de la Audiencia Estatal Imparcial no es favorable.

Paso 4: el funcionario de la Audiencia Estatal Imparcial evalúa su apelación y le proporciona una respuesta.

- El funcionario de la Audiencia Estatal Imparcial estudiará detenidamente toda la información relacionada con la apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Si tiene preguntas adicionales sobre el proceso de Audiencia Estatal Imparcial, comuníquese con AHCA al 1- 877-254-1055 (línea gratuita) o envíe sus preguntas por correo electrónico a MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com. También puede comunicarse con los Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

¿Qué ocurre si me deniegan un medicamento recetado de la Parte D?

Una apelación de **redeterminación** (Parte D) es una manera formal de pedir a CarePlus que revise la denegación o la desestimación de una decisión de cobertura (determinación de cobertura). Si CarePlus desestimo o tomo una determinación de cobertura y no está satisfecho, usted, su representante o el médico recetador pueden apelar la decisión. En esta apelación, revisamos la determinación inicial que tomamos. Un revisor diferente a los que tomaron la decisión desfavorable original se encargará de revisar su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le notificaremos acerca de 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 ante un Juez de Derecho Administrativo o un abogado Adjudicador

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



Nivel 5: Revisión por parte del Tribunal Federal de Distrito

El primer paso es apelar a CarePlus (apelación de nivel 1). Debe presentar la solicitud de apelación ante CarePlus en los **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de la desestimación o determinación de cobertura. Si la solicitud de apelación se presenta después de la fecha límite de 60 días, debe incluir una declaración por escrito en la que explique la razón por la que no envió la apelación a tiempo.

Puede presentar una solicitud para una **apelación acelerada (rápida)** de forma oral o escrita. Solo puede solicitar una apelación rápida para un medicamento que aún no ha recibido y si cree que la espera del plazo estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones. Si su médico recetador nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos. Si solicita una apelación rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico recetados, revisaremos su solicitud y decidiremos si su salud requiere que le otorguemos una apelación rápida. No puede obtener una apelación rápida si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya ha comprado.

¿Cómo solicito una apelación?

Puede presentar una apelación rápida llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

La solicitud de apelación estándar se debe presentar por escrito.

Puede enviar una solicitud de apelación estándar o rápida por escrito, por correo o fax a:

CarePlus Health Plans
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 apelación (Parte D) por escrito, deberá proporcionar la siguiente información:

- Su nombre.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Número de afiliado.
- Medicamento recetado que solicita.
- Información del médico recetador.
- Motivos de la apelación.
- Cualquier prueba que quiera adjuntar.

El Formulario de Solicitud de Redeterminación de la Parte D de Medicare está disponible para descargarlo en nuestro sitio web https://www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-H1019_GRVAPLHowToFileGrievanceAppealWebDoc2022S_C



[determination](#) y se puede utilizar para presentar su solicitud de apelación. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados y pedir un Formulario de Solicitud de Redeterminación.

Si su apelación se refiere a 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 que figuran en nuestro formulario no tendrán la efectividad para tratar su condición como el medicamento solicitado, que no figura en el formulario, o incluso perjudicarían su salud. Adjunte copias de cualquier información o documentos de respaldo que deberíamos revisar, como registros médicos, facturas médicas o una carta de su proveedor.

Una vez que recibamos su solicitud, tomaremos una decisión y le notificaremos sobre nuestra determinación tan rápido como su salud lo requiera, pero sin exceder los siguientes lapsos:

- **72 horas** para solicitudes aceleradas (rápidas).
- **7 días calendario** para solicitudes estándar.
- **14 días calendario** para solicitudes de pago.

Si denegamos toda o parte de su apelación de nivel 1, puede elegir entre aceptar la decisión o seguir apelando al siguiente nivel. En nuestro aviso de decisión, le indicaremos 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 incluirá la información necesaria para presentar una solicitud de apelación dirigida al siguiente nivel.

Tras la revisión por parte de CarePlus, todos los niveles de apelación subsecuentes 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.
- Alternativamente, en vez de completar el formulario AOR, puede enviarnos un aviso escrito que incluya la siguiente información:
 - El nombre, dirección y número de teléfono del afiliado.
 - El identificador de afiliado de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) del afiliado, número de identificación de afiliado de Medicare (HICN, por sus siglas en inglés) o el número de identificación de afiliado del plan CarePlus.
 - El nombre, dirección y número de teléfono de la persona designada.
 - El estado profesional del representante elegido o su parentesco con el afiliado.
 - Una explicación por escrito del propósito y objetivo de la representación.
 - 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 firmada y fechada por el afiliado que realiza la designación.
 - Una declaración del individuo designado que indique que acepta la designación.
 - Esta declaración 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 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. Sin embargo, si le gustaría que la misma persona continúe siendo su representante luego del transcurso de un año, debe volver a designar a esa persona enviando un nuevo formulario de representante.
- 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 el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico deberá ser designado como su representante.

Para los *medicamentos recetados de la Parte D*, su médico u otro médico recetador puede solicitar una determinación de cobertura, apelación del 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
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
Attn: Departamento de Servicios para Afiliados
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. 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. También puede encontrar una copia del Formulario AOR en la página siguiente.



CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.