



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE QUEJA FORMAL/APELACIÓN

## ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# ID de Afiliado: \_\_\_\_\_ # ID de Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del Servicio/Incidente: \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: Por favor describa abajo la naturaleza de su queja formal/apelación y cualquier dato que usted siente debe ser considerado durante la revisión de su queja formal/apelación: (Utilice más hoja(s) si fuese necesario. Si su queja formal/apelación tiene que ver con facturas por pagar, por favor adjunte una copia de la(s) factura(s) o un formulario de reclamación completo). Llene, firme, y envíe esta solicitud a la dirección que aparece en este formulario. También puede enviarla por fax al número que aparece en este formulario.

---

---

---

---

---

---

---

---

### SOLICITUD DE REVISIÓN

POR MEDIO DE LA PRESENTE solicito una revisión de la queja formal/apelación descrita arriba y entiendo que el recibo de este Formulario de Queja Formal/Apelación por parte de CarePlus Health Plans, Inc. (CPHP, por sus siglas en inglés) constituye una solicitud de revisión. Entiendo que para que CPHP revise mi queja formal/apelación, es posible que CPHP necesite historias médicas o de otra naturaleza o información pertinente a mi queja formal/apelación. Por consiguiente, autorizo a las personas o entidades que tienen alguna historia médica o de otra naturaleza o conocimiento sobre mí a revelar dicha información a CPHP para que CPHP complete su revisión de mi queja formal/apelación. Esta información no será revelada a ninguna otra organización o persona excepto si es permitido bajo las Leyes Federales y Estatales, en conformidad a una orden o citación judicial. CPHP ha establecido ciertos mecanismos para asegurar la privacidad y confidencialidad de toda información médica y para prevenir el acceso no autorizado a ella.

Firma del Afiliado y/o Representante Autorizado: _____	Fecha: _____
--	--------------

Entiendo que CarePlus Health Plans, Inc. se comunicará conmigo dentro de cinco (5) días hábiles de la fecha de recibir ésta para acusar recibo de esta queja formal/apelación. Sus beneficios continuarán durante el transcurso de esta queja formal/apelación mientras que usted continúe afiliado a CarePlus Health Plans, Inc.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE QUEJA FORMAL/APELACIÓN**

Por favor envíe y/o envíe por fax este formulario firmado a:

CarePlus Health Plans, Inc.  
11430 NW 20<sup>th</sup> Street, Suite 300  
Doral, Florida 33172  
Attn: Grievance/Appeals Department  
Fax: 1-800-956-4288 o 305-423-3369

[Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Si tiene algún impedimento auditivo o del habla y usa un dispositivo TTY, por favor llame al 1-877-245-7030. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. No obstante, a partir del 2 de marzo y hasta el siguiente Período Anual de Elección (AEP, por sus siglas en inglés), usted puede dejarnos un mensaje en el correo de voz después del horario de trabajo y los sábados, domingos y días festivos y nosotros le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

**Sólo para uso de CarePlus Health Plans, Inc.**

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Por Correo     Por Teléfono     En Persona     Otro \_\_\_\_\_