



# Formulario de Apelaciones y Quejas Formales

Use este formulario para presentar una apelación (solicitud para que reconsideremos nuestra decisión) o una queja formal (queja) en relación con su plan de Medicare de UnitedHealthcare (sin incluir los planes Complementarios de Medicare). Escriba a máquina o en letra de molde con tinta oscura.

## Información del miembro

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de ID de miembro de UnitedHealthcare \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Tendrá que llenar la sección Nombramiento de un Representante de este formulario si lo está llenando en nombre del miembro.

## ¿Cuál es el problema?

Marque una casilla a continuación para decirnos qué problema o inquietud tiene:

- Un medicamento (medicamento con receta)
- Un servicio médico (cuidado o equipo médico)
- Un problema no relacionado con un servicio médico o medicamento específico

Proporcione los detalles a continuación:

Servicio o medicamento \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor (médico, centro, profesional que receta) \_\_\_\_\_

¿Ya ha recibido el servicio médico o el medicamento?     Sí     No

Fecha del servicio (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

Número de reclamo (si corresponde) \_\_\_\_\_

Cuéntenos qué sucedió. Sea lo más específico posible en relación con lo sucedido y las personas involucradas. Incluya todas las fechas de servicio y el contacto con los empleados de UnitedHealthcare, proveedores de cuidado de la salud o farmacias. Puede añadir páginas adicionales si necesita más espacio. Asegúrese de incluir todas las páginas cuando envíe este formulario.

---

---

---

---

---

---

¿Qué resultados espera de nosotros? Algunos ejemplos incluyen pagar el cuidado médico o un medicamento, investigar una queja formal, etc. Cuéntenos a continuación.

---

---

---

¿Qué documentos adicionales ha adjuntado?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recibos                        | <input type="checkbox"/> Carta de su proveedor |
| <input type="checkbox"/> Facturas por servicios médicos | <input type="checkbox"/> Ninguno               |
| <input type="checkbox"/> Registros médicos              | <input type="checkbox"/> Otro                  |

¿Su apelación debe ser rápida? Las apelaciones rápidas son solamente para servicios que aún no se prestaron y solamente si usted y su médico consideran que esperar una decisión durante el período estándar pondría su vida, su salud o su capacidad para recuperarse completamente en grave peligro. Las apelaciones rápidas se resuelven en un plazo no mayor de 72 horas desde el momento en que las recibimos.

- Marque esta casilla si necesita que se tome una decisión rápida en un plazo no mayor de 72 horas.

## Nombramiento de un representante

Si usted es un miembro que llena este formulario y actúa en su propio nombre, puede omitir esta sección. Llene la siguiente sección si usted no es el miembro y envía el formulario en nombre del miembro.

Nota: Si usted es un proveedor o representante legal, tendrá que llenar un formulario de Nombramiento de un Representante (CMS 1696) por separado. Puede encontrar este formulario en el sitio para proveedores o en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### Sección I: Nombramiento de un representante

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del miembro) nombro a \_\_\_\_\_ (nombre del representante) para que actúe como mi representante en relación con mi reclamo o derecho válido conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social (la "Ley") y las disposiciones relacionadas del Título XI de la Ley. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; presentar o requerir evidencia; obtener información sobre apelaciones y recibir cualquier aviso en relación con mi reclamo, apelación, queja formal o solicitud, enteramente en mi lugar. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede ser divulgada al representante que se indica a continuación.

---

Firma del interesado en nombrar a un representante (el miembro)      Fecha

## Sección II: Aceptación del nombramiento

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del representante), por medio del presente documento acepto este nombramiento. Certifico que no he sido inhabilitado, suspendido ni prohibido para el ejercicio de mi profesión ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS), que no estoy, como empleado actual o ex empleado de los Estados Unidos, inhabilitado para actuar como representante del interesado, y que reconozco que cualquier tarifa puede estar sujeta a la revisión y aprobación de la Secretaría.

### Información del representante

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono (con código de área) \_\_\_\_\_

Relación con el miembro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Plazos para recibir una respuesta

A continuación, encontrará los plazos de procesamiento en los que recibirá una respuesta a esta apelación o queja formal. Algunos planes pueden tener plazos diferentes de los que se indican a continuación. Para conocer los plazos específicos de su plan, consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

Tipo de apelación o queja formal	Tiempo de respuesta
Apelación rápida (medicamento o servicio médico)	72 horas
Apelación estándar para la "autorización" de un medicamento . Ejemplo: Usted necesita la preaprobación para un medicamento.	7 días calendario
Apelación estándar del "reclamo" de un medicamento . Ejemplo: Usted ya tiene el medicamento.	14 días calendario
Apelación estándar para la "autorización" de un servicio médico Ejemplo: Usted necesita la preaprobación para un servicio médico.	30 días calendario

Apelación estándar del “reclamo” de un servicio médico Ejemplo: Usted ya recibió el servicio médico.	60 días calendario
Queja formal rápida Ejemplo: Determinamos que su apelación no califica como apelación rápida o nos hemos tomado unos 14 días calendario adicionales para resolver su apelación y usted no está de acuerdo con esas acciones.	24 horas
Queja formal estándar Ejemplo: Usted no está satisfecho con la calidad del servicio o cuidado que le proporcionó el plan o un proveedor.	30 días calendario

### ¿Está listo para enviar el formulario llenado?

#### Apelaciones y quejas formales por servicios médicos

UnitedHealthcare  
 Appeals and Grievances Department  
 P.O. Box 6106, MS CA120-0360  
 Cypress, CA 90630

Fax para proceso estándar: 1-888-517-7113  
 Fax para presentar apelaciones rápidas: 1-866-373-1081

#### Apelaciones y quejas formales por medicamentos (con receta)

UnitedHealthcare  
 Appeals and Grievances Department  
 P.O. Box 6106, MS CA120-0368  
 Cypress, CA 90630

Fax para proceso estándar: 1-866-308-6294  
 Fax para presentar apelaciones rápidas: 1-866-308-6296

### ¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

Muchas gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario. Si tenemos más preguntas, nos comunicaremos con usted.