

No es obligatorio completar este formulario. Usted o su representante autorizado deben presentar esta solicitud dentro de los 60 días calendario posteriores a un acontecimiento o una carta de notificación de negación. Adjunte copias de todos los documentos que pudieran acreditar su solicitud. Si esta es una solicitud urgente, comuníquese directamente con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) llamando al 303-602-2261. Este formulario y todos los documentos que lo acompañen deben enviarse por correo o fax al siguiente domicilio o número:

Denver Health Medical Plan  
Attn: Grievance and Appeal Department  
938 Bannock Street  
Denver, CO 80204  
Fax: 303-602-2078  
[www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org)

**TIPO DE PLAN DHMP (MARQUE UNO):**

Medicare Choice  Medicare Select

**A continuación, ingrese la información sobre la persona para quien se presenta la queja o apelación:**

---

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.º de id. del miembro

---

Domicilio particular

---

Ciudad, estado, código postal

N.º de teléfono

---

N.º de registro médico

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

Si anteriormente se cita a una persona que no es el miembro, ingrese la siguiente información sobre la persona que presenta la queja o la apelación. En su solicitud debe incluir un formulario completo de representante autorizado (formulario CMS 1696). Sin este formulario, no podremos procesar su queja o apelación. Tenga en cuenta que los médicos que actúan en nombre de sus pacientes no están obligados a completar el formulario CMS 1696. El formulario CMS 1696 se puede obtener visitando nuestro sitio web o llamando al número de teléfono indicado anteriormente.

---

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.º de teléfono

---

Domicilio postal

---

Ciudad, estado, código postal

Relación con el miembro:  Cónyuge  Hijo/Hija  Padre/Madre/Tutor legal

Amigo/Pareja  Proveedor/Médico  Abogado

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**\*\* NOTA IMPORTANTE:** Una "marca" en la casilla Proveedor/Médico que figura arriba indica que el proveedor o médico actúan en nombre del miembro, con el conocimiento y la aprobación de este.

**SECCIÓN A: QUEJA:** si esto se relaciona con una queja, describa el problema en el recuadro a continuación. Si está presentando una apelación, vaya a la sección B. Incluya las fechas de servicio y los nombres del personal si corresponde. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación acreditativa.

**SECCIÓN B: APELACIÓN:** si desea presentar una apelación por un servicio o un reclamo anteriormente denegados, ingrese la información solicitada a continuación.

¿El presente formulario se relaciona con un reclamo denegado?     Sí     No

Si la respuesta es "sí", proporcione el número de reclamo: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

¿El presente formulario se relaciona con un servicio o tratamiento médico denegado?  
 Sí     No

Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de la carta de negación: \_\_\_\_\_

En el espacio a continuación, escriba el motivo y una breve descripción de su apelación. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación acreditativa.

---

Firma del miembro

Fecha

---

Firma del representante autorizado

Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el presente formulario, comuníquese con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) de DHMP, llamando al 303-602-2261, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Si no podemos responder su llamada, deje un mensaje y le devolveremos la llamada dentro de las 48 horas.

**Para uso interno solamente. No escriba debajo de esta línea.**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_     Queja     Apelación    Recibida por: \_\_\_\_\_

Tipo:     Clínica     Posible queja sobre la calidad de la atención (Quality of Care Complaint, QOCC)

Beneficio     Farmacia     Reclamo     Otro