

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

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