

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 puedan respaldar su solicitud. Si la presente es una solicitud urgente, comuníquese directamente con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) al 303-602-2261. Este formulario y todos los documentos que lo acompañen deben enviarse por correo o fax al siguiente domicilio o número:

Elevate Medicare Advantage  
Attn: Grievance and Appeal Department  
777 Bannock St., MC6000  
Denver, CO 80204  
Fax: 303-602-2078  
[DenverHealthMedicalPlan.org](http://DenverHealthMedicalPlan.org)

**TIPO DE PLAN DHMP (MARCAR UNA OPCIÓN):**

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Elevate Medicare Select (HMO)

**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 apelación. En su solicitud debe incluir un formulario completo de representante autorizado (formulario de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services, 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           Padre/madre/tutor legal  
Amigo/pareja           Proveedor/médico           Abogado  
Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE:** Al seleccionar la casilla de representación del proveedor/médico que figura arriba, se indica que el médico o proveedor actúan en nombre del miembro con su conocimiento y aprobación.

**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", proporcione la fecha de la carta de denegación: \_\_\_\_\_

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 (Grievances and 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 de atención.

**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