

El uso de este formulario es su elección. **MIEMBROS DE MEDICAID, CHP+ O MEDICARE:** usted o su representante autorizado/personal tienen **60 días** a partir de la fecha de una carta de notificación de determinación adversa de beneficios para presentar una apelación. Todos los demás miembros del plan tienen **180 días**. Una queja (también conocida como reclamo) puede presentarse en cualquier momento. Adjunte copias de todos los documentos que puedan respaldar su solicitud. Si esta es una solicitud urgente, llame al Departamento de Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals Department) de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) al 303-602-2261.

MIEMBROS DE MEDICAID Y CHP+: si tiene preguntas acerca de este aviso, podemos ayudarlo sin costo alguno. También podemos ofrecerlo en otros formatos como letras grandes, audio u otros idiomas. Para Medicaid: llame al 303-602-2116 o sin costo al 1-855-281-2418. Para CHP+: llame al 303-602-2100 o sin costo al 1-800-700-8140. Llame al 711 para personas que llaman con necesidades auditivas o del habla. Si tiene preguntas acerca de este aviso, podemos ayudarlo sin costo alguno. También podemos ofrecerlo en otros formatos como letras grandes, audio u otros idiomas. Llame al 303-602-2116, sin costo al 1-855-281-2418 o al 711 para personas que llaman con necesidades auditivas o del habla.

Este formulario y todos los documentos pueden enviarse por correo postal o fax al siguiente domicilio o número:

**Denver Health Medical Plan
Attn: Complaints and Appeals Department
777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2078**

TIPO DE PLAN DHMP (MARCAR UNA OPCIÓN):

Elevate Exchange

Bronze Standard
Bronze HDHP
Silver Standard
Silver Select
Gold Standard
Gold Select

Elevate Colorado Option

Bronze
Silver
Gold

Elevate Medicare Advantage

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Elevate Medicare Select (HMO)

Elevate Child Health Plan Plus

CHP+

Elevate Medicaid Choice

Medicaid Choice

DHHA Employer Group

Medical Care HMO

HighPoint HMO

HighPoint Point of Service (POS)

COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO. UTILICE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA QUE SE PRESENTA LA QUEJA O APELACIÓN:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Núm. de id. de miembro Núm. de teléfono

Domicilio particular

Ciudad Estado Código postal

SI ENVÍA ESTE FORMULARIO A NOMBRE DE OTRA PERSONA:

Deberá cargar un formulario de nombramiento de representante (Appointment of Representative, AOR) con esta queja o apelación.

- » Para los miembros de Medicare, utilice el formulario de nombramiento de representante que se encuentra aquí: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicare-appointment-representative-form>.
- » Para los miembros de Medicaid, CHP+, Exchange, Colorado Option y DHHA, utilice el formulario de nombramiento de representante de DHMP, que se encuentra aquí: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/appointment-personal-representative-form>.

Sin un formulario de nombramiento de representante, no podremos procesar la queja o apelación. Excepción: los médicos que actúan en nombre de los pacientes miembros de Medicare no necesitan enviar el formulario de AOR.

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

Domicilio postal

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el miembro

Cónyuge

Hijo

Padre/madre/tutor legal

Amigo/pareja

Proveedor/médico

Abogado

Otra opción _____

NOTA: Elegir “proveedor/médico” anteriormente significa que el proveedor o médico actúan en nombre del miembro, con su conocimiento y aprobación.

SECCIÓN A: QUEJA

Si esto es por una queja, cuéntenos sobre el problema a continuación. Si está presentando una apelación, vaya a la sección B. Tenga preparadas las fechas de servicio y los nombres del personal, si puede. Si es necesario, puede agregar más páginas o registros acreditativos.

SECCIÓN B: APELACIÓN

Para una apelación por un servicio o un reclamo ya denegados, complete las preguntas a continuación.

¿El presente formulario se relaciona con un reclamo denegado?

Sí

No

En caso afirmativo, indique lo siguiente:

Núm. de reclamo

Nombre del proveedor

Fechas de servicio

¿El presente formulario se relaciona con una visita o un tratamiento médico denegado?

Sí

No

En caso afirmativo, indique la fecha de la carta de denegación: _____

En el espacio a continuación, incluya el motivo y una breve descripción de su apelación. Puede cargar más páginas o documentación acreditativa, si es necesario.

Firma del miembro

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha