



CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL O UNA APELACIÓN

La satisfacción de los afiliados es muy importante para CarePlus. Si tiene un problema o una inquietud, generalmente el primer paso es llamar al departamento de Servicios para Afiliados. Llame a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 y ellos le informarán si hay algo más que usted tenga que hacer. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede hacer su queja formal por escrito y enviárnosla. Puede descargar un Formulario de Queja Formal o Apelación desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>.

Usted o su representante autorizado pueden presentar su queja y/o su solicitud de apelación por escrito al departamento de Quejas Formales y Apelaciones de CarePlus, a la siguiente dirección o número de fax:

CarePlus Health Plans, Inc.
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
A.A.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones
Número de fax: 1-800-956-4288

Si usted quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como representante autorizado para que presente una queja formal o apelación. Las instrucciones para designar un representante pueden encontrarse en la página 9 de este documento. También puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura arriba para solicitar un Formulario de Nombramiento de Representación o para hacer preguntas sobre la forma de nombrar a un representante.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Una **queja formal** es una expresión de insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o conducta de CarePlus o de sus proveedores. Una queja formal no incluye disputas por cobertura o pagos.

Algunos ejemplos de porqué usted o su representante autorizado podrían presentar una queja formal incluyen los siguientes:

- ¿No está satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted siente que debería ser confidencial?
- ¿Ha sido alguien descortés o irrespetuoso con usted?
- ¿No está satisfecho con la forma en que un representante de nuestro departamento de Servicios para Afiliados lo ha tratado?



- ¿Siente que se le está animando para que abandone el plan?
- ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtener una?
- ¿Ha esperado mucho tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro departamento de Servicios para Afiliados u otro personal del plan? (Los ejemplos incluyen esperar mucho tiempo en el teléfono, la sala de espera, para conseguir una receta o en la sala de examinación).
- ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
- ¿Cree que no ha recibido un aviso que nosotros debemos entregarle?

Usted puede solicitar una queja formal acelerada (rápida) si su queja formal se relaciona con una de las siguientes circunstancias:

- Usted no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo de tiempo para realizar una determinación de organización o una apelación inicial (reconsideración).
- Nosotros denegamos su solicitud de una determinación de organización/determinación de cobertura acelerada (rápida).
- Nosotros denegamos su solicitud de una apelación acelerada (rápida).

Si su queja formal cumple con alguno de los criterios mencionados arriba para una queja formal rápida, responderemos en el término de 24 horas después de haber recibido su solicitud.

Para todas las otras quejas formales, CarePlus le avisará a usted o a su representante autorizado sobre nuestra decisión lo más rápido que lo requiera su caso basado en su estado de salud, pero no a más tardar de 30 días calendario una vez que se recibió su queja formal. En algunos casos, podemos extender el plazo de tiempo por hasta 14 días calendario si usted solicita la extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional, y la demora es para su máximo beneficio. Si decidimos usar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja formal con CarePlus en forma oral o escrita. Puede presentar una queja formal en forma oral si llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

También puede enviarnos una queja formal por escrito y enviarla por correo o por fax a:

CarePlus Health Plans, Inc.
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
A.A.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones
Número de fax: 1-800-956-4288



Cuando presente una queja formal por escrito, incluya la siguiente información:

Su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de afiliado, su firma (opcional), la fecha, detalles de su problema y todo contacto anterior que haya tenido con nosotros y la acción que usted nos pide que hagamos.

El Formulario de Queja Formal o Apelación está disponible para descargarlo desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>. También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Afiliados para solicitar un Formulario de Queja Formal o Apelación.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

¿Qué ocurre si se me deniega un servicio o un reclamo? *(Si se le denegó un medicamento recetado de la Parte D, vaya a la página 8).*

Atención médica: incluye productos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B. En algunos casos, se aplican distintas reglas a las solicitudes de medicamentos recetados de la Parte B. A continuación, se muestra en qué difieren las reglas de los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas aplicables a los productos y servicios médicos.

Una **reconsideración** es una manera formal de pedirle a CarePlus que revise una decisión de denegación de cobertura (determinación de organización). Si CarePlus ha hecho una determinación de organización y usted no está satisfecho con esta decisión, usted, su representante autorizado o su médico pueden apelar la decisión. En esta apelación, nosotros revisamos la determinación de organización que tomamos. Un revisor diferente de los que tomaron la decisión no favorable original manejará su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos sobre nuestra decisión.

El proceso de apelación tiene cinco niveles:

Nivel 1: Reconsideración por parte de CarePlus

Nivel 2: Revisión por parte de la Entidad de Revisión Independiente

Nivel 3: Audiencia de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare

Nivel 5: Revisión por parte de un Tribunal Federal de Distrito

El primer paso es apelar a CarePlus (apelación de Nivel 1). Las solicitudes de apelación deben presentarse a CarePlus dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de la determinación de organización. Si la solicitud de apelación se presenta después de la fecha límite de 60 días para la presentación, usted debe incluir una declaración por escrito en la que explique la razón por la que usted no presentó la apelación a tiempo.

Usted puede presentar una solicitud para una **apelación acelerada (rápida)** en forma oral o escrita. Usted puede solicitar solamente una apelación rápida para atención que no haya recibido todavía, y si considera que las fechas límite estándares podrían causarle daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para



funcionar. Usted no puede obtener una apelación rápida si su solicitud es por pagos por atención médica que ya ha recibido. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida. Si usted nos pide una apelación rápida por sí solo, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una apelación rápida.

Puede presentar una solicitud para una apelación rápida en forma oral u obtener asistencia adicional si llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Las solicitudes de apelación estándar deben hacerse por escrito.

Usted puede enviarnos una solicitud de apelación estándar o rápida por escrito, por correo o fax a:

CarePlus Health Plans, Inc.
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
A.A.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones
Número de fax: 1-800-956-4288

El Formulario de Queja Formal o Apelación está disponible para descargarlo desde nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/>. También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Afiliados para solicitar un Formulario de Queja Formal o Apelación.

Cuando presente una apelación por escrito, incluya la siguiente información:

Su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de afiliado, su firma (opcional), la fecha, el nombre del proveedor, la o las fechas de servicio (si aplican) y los detalles del problema sobre el cual usted quiere que revisemos para la apelación. Adjunte copias de toda información de soporte o de documentos que nosotros debamos revisar, como expedientes médicos, facturas médicas, una copia de su Explicación de Beneficios o una carta de su proveedor.

Una vez que recibamos su solicitud, tomaremos una decisión y le daremos un aviso sobre nuestra determinación lo más rápido que su salud lo requiera, pero no después de los siguientes plazos de tiempo:

- **72 horas** para apelaciones rápidas
- **7 días calendario** para las solicitudes de medicamentos con receta de la Parte B
- **30 días calendario** para solicitudes estándar si su apelación es sobre cobertura médica por servicios que todavía no ha recibido (apelaciones previas al servicio)
- **60 días calendario** para solicitudes sobre cobertura por servicios que ya ha recibido (apelaciones de reclamo)

En algunos casos, podemos extender el plazo de tiempo por hasta 14 días calendario si usted solicita la



extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional, y la demora es para su máximo beneficio. Si decidimos usar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

Si denegamos todo o parte de su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En cada nivel de apelación, si la entidad de revisión deniega su apelación, la notificación de decisión que le envíen contendrá la información necesaria para presentar una solicitud de apelación dirigida al siguiente nivel.

Después de la revisión por parte de CarePlus, todos los niveles de apelación subsiguientes serán revisados por una entidad independiente. Esto ayudará a garantizar una decisión justa e imparcial.

Audiencia Justa de Medicaid

Para los afiliados con doble elegibilidad completa de Medicare y Medicaid *únicamente*, hay un proceso de Audiencia Justa de Medicaid a disposición para ciertos beneficios. Este es un nivel de apelación adicional a través de Medicaid.

Nosotros podemos dar cobertura a los siguientes servicios, basados en nuestro contrato con la oficina de Medicaid del estado. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Estos beneficios pueden no estar disponibles para todos los afiliados.

- Servicios dentales para adultos
- Servicios de audición para adultos
- Servicios de visión para adultos
- Equipo y suministros médicos duraderos relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Terapia de masaje relacionada con SIDA
- Servicios de atención médica de apoyo
- Servicios de quiropraxia
- Medicamentos cubiertos por Medicaid¹
- Administración de casos objetiva de salud mental
- Días de transición en un centro de enfermería
- Productos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de podiatría
- Transporte

Paso 1: Usted debe seguir el proceso de apelación de Medicare que se explica en las páginas 3 y 4 arriba.

Paso 2: Si no tiene más niveles de apelación de Medicare disponibles para usted, le enviaremos una carta con instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Justa de Medicaid en estos casos:

¹ Este es un beneficio para el año del plan 2020.

- Su solicitud fue para un beneficio de Medicaid que figura arriba y
- Nosotros denegamos el beneficio indicando que no era médicamente necesario.

Usted puede optar por aceptar la decisión del último nivel de apelación de Medicare o solicitar una Audiencia Justa de Medicaid. Si decide continuar, estas instrucciones le dirán cómo solicitar una Audiencia Estatal Justa a la Agencia para la Administración de Atención de Salud (AHCA, por sus siglas en inglés) y las fechas límites que usted debe observar.

Paso 3: Para solicitar una Audiencia Estatal Justa, usted o su representante designado por escrito deben comunicarse con la Agencia para la Administración de Atención de Salud (AHCA) y pedir una revisión de su caso.

Qué hacer:

- Siga las instrucciones que figuran en el paso 2 para solicitar una Audiencia Estatal Justa.
- Si usted pide una Audiencia Estatal Justa, haga su solicitud por escrito dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta con la decisión del último nivel de apelación.

Paso 4: El Funcionario de la Audiencia Estatal Justa hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- El funcionario de la Audiencia Estatal Justa revisará con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

Si tiene más preguntas sobre el proceso de Audiencia Estatal Justa, comuníquese con la AHCA al 1-877-254-1055 (gratis) o envíe sus preguntas por correo electrónico a MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com. También puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

¿Qué ocurre si se me deniega un medicamento recetado de la Parte D?

Una apelación de **redeterminación** (Parte D) es una manera formal de pedirle a CarePlus que revise una decisión de denegación de cobertura (determinación de cobertura). Si CarePlus ha tomado una determinación de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, usted, su representante autorizado o su médico recetador pueden apelar la decisión. En esta apelación, nosotros revisamos la determinación de cobertura que hicimos. Un revisor diferente de los que tomaron la decisión no favorable original manejará su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos sobre nuestra decisión.

El proceso de apelación tiene cinco niveles:

Nivel 1: Redeterminación por parte de CarePlus

Nivel 2: Reconsideración por parte de la Entidad de Revisión Independiente



Nivel 3: Audiencia de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare

Nivel 5: Revisión por parte de un Tribunal Federal de Distrito

El primer paso es apelar a CarePlus (apelación de Nivel 1). Las solicitudes de apelación deben presentarse a CarePlus dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de la determinación de cobertura. Si la solicitud de apelación se presenta después de la fecha límite de 60 días para la presentación, usted debe incluir una declaración por escrito en la que explique la razón por la que usted no presentó la apelación a tiempo.

Usted puede presentar una solicitud para una **apelación acelerada (rápida)** en forma oral o escrita. Usted puede solicitar solamente una apelación rápida para un medicamento que no haya recibido todavía, y si las fechas límite estándares podrían causarle daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar. Usted no puede recibir una apelación rápida si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya ha comprado. Si su médico recetador nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida. Si usted nos pide una apelación rápida por sí solo, sin el apoyo de su médico recetador, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una apelación rápida.

Puede presentar una solicitud para una apelación rápida en forma oral u obtener asistencia adicional si llama a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Las solicitudes de apelación estándar deben hacerse por escrito.

Usted puede enviarnos una apelación estándar o rápida por escrito, por correo o fax a:

CarePlus Health Plans, Inc.
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
A.A.: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones
Número de fax: 1-800-956-4288

El Formulario de Solicitud de Redeterminación de la Parte D de Medicare está disponible en nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination>. También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Afiliados para solicitar un formulario de solicitud de redeterminación.

Cuando presente una apelación de redeterminación (Parte D) por escrito, incluya la siguiente información:

Debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de afiliado, el medicamento recetado que



pide, la información del médico recetador, las razones para la solicitud y toda evidencia que usted quiera adjuntar. Si su apelación está relacionada con una decisión nuestra de denegar un medicamento que no figura en nuestro formulario, su médico recetador debe indicar que todos los medicamentos de cualquier nivel de nuestro formulario no serían tan efectivos para tratar su enfermedad como el medicamento solicitado que no figura en el formulario, o que perjudicarían su salud. Adjunte copias de toda información de soporte o de documentos que nosotros debamos revisar, como expedientes médicos, facturas médicas o una carta de su proveedor.

Una vez que recibamos su solicitud, tomaremos una decisión y le daremos un aviso sobre nuestra determinación lo más rápido que su salud lo requiera, pero no después de los siguientes plazos de tiempo:

- **72 horas** para solicitudes aceleradas
- **7 días calendario** para solicitudes estándar
- **14 días calendario** para solicitudes de pago

Si denegamos todo o parte de su solicitud de Nivel 1, usted puede optar por aceptar la decisión o continuar apelando en el siguiente nivel. En nuestro aviso de decisión, le diremos cómo puede apelar a la Entidad de Revisión Independiente. En cada nivel de apelación, si la entidad de revisión deniega su apelación, la notificación de decisión que le envíen contendrá la información necesaria para presentar una solicitud de apelación dirigida al siguiente nivel.

Después de la revisión por parte de CarePlus, todos los niveles de apelación subsiguientes serán revisados por una entidad independiente. Esto ayudará a garantizar una decisión justa e imparcial.

Instrucciones sobre cómo designar a un representante

Si usted quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como representante autorizado para que presente una queja formal, una determinación de cobertura, una determinación de organización o una apelación. Las instrucciones a continuación explican cómo designar a un representante.

Usted puede designar a cualquier persona (ya sea un pariente, amigo, defensor, un abogado, médico u otro médico recetador, un empleado de farmacia, caridad u otro pagador secundario) para actuar como su representante.

- Para designar un representante, puede llenar el Formulario de Nombramiento de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés) (CMS-1696). Este formulario le otorga a esa persona el permiso para actuar en su nombre. Debe ser firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Nos debe entregar una copia del formulario firmado.
- Alternativamente, en vez de completar el formulario AOR, puede enviarnos un aviso escrito que incluya la siguiente información:
 - El nombre, dirección y número de teléfono del afiliado.
 - El identificador de afiliado de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) del afiliado, número de identificación de afiliado de Medicare (HICN, por sus siglas en inglés) o el número de identificación de afiliado del plan CarePlus.
 - El nombre, dirección y número de teléfono de la persona designada.
 - El estado profesional del representante elegido o su parentesco con el afiliado.
 - Una explicación por escrito del propósito y objetivo de la representación.
 - Una declaración de que el afiliado está autorizando al representante a actuar en su nombre para los reclamos en cuestión, y una declaración que autorice la divulgación de información de identificación personal al representante.
 - Esta declaración firmada y fechada por el afiliado que realiza la designación.
 - Una declaración del individuo designado que indique que acepta la designación.
 - Esta declaración firmada y fechada por el individuo designado como representante.
- Al presentar una queja formal, obtener la decisión de cobertura (determinación de organización/determinación de cobertura) o al tratar con cualquiera de los niveles del proceso de apelaciones, su representante autorizado tiene los mismos derechos y responsabilidades que usted.
- La designación se considera válida por un año desde la fecha en que usted y su representante firman el formulario AOR, a menos que esta sea anulada. Sin embargo, si le gustaría que la misma persona continúe siendo su representante luego del transcurso de un año, debe volver a designar a esa persona enviando un nuevo formulario de representante.
- Puede haber alguien que ya esté autorizado legalmente para actuar como su representante bajo las leyes estatales (por ejemplo: guardián designado por la corte, Poder Notarial Duradero, apoderado para cuidados de salud, etc.). En este caso, debe entregarnos una copia del documento legal que designa a esa persona como su representante para que la revisemos.



Para *cuidados médicos*, su médico puede solicitar una determinación de organización o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es negada en Nivel 1, será automáticamente enviada a Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico deberá ser designado como su representante.

Para *medicamentos recetados de la Parte D*, su médico u otro médico recetador puede solicitar una determinación de cobertura, apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro médico recetador deberá ser designado como su representante.

Cómo presentar la documentación del representante

Envíe el Formulario AOR completo, aviso por escrito u otro documento legal a CarePlus por correo o por fax a:

CarePlus Health Plans
A.A.: Departamento de Servicios para Afiliados
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172
Número de fax: 1-800-956-4288

Si necesita una copia del Formulario AOR o tiene alguna pregunta sobre este proceso, contáctese con el Departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. También puede encontrar una copia del Formulario AOR en la página siguiente.

Nombramiento de un Representante

Nombre de la Parte	Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte)
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sección 1: Nombramiento de un Representante

Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a _____ para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

Firma de la Parte Solicitando Representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

Sección 2: Aceptación del Nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, _____, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como _____
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del representante	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a _____ ante el Secretario(a) del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma

Fecha

Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

Mediante este formulario, "Solicitud para Obtener un Honorario por Concepto de Representación" se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La sección 3 en la primera página de este formulario puede usarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario por concepto de representación.

Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> o llame al 1-800-MEDICARE para más información.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

Formulario de CMS-1696 (Rev 08/18) Spanish

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados.
11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

1-800-794-5907 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

ગુજરાતી (Gujarati): નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé níká'adoowoł.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك