



DE



Formulario de queja, apelación, problema o recomendación

Si desea presentar una queja, apelación, problema o recomendación, complete este formulario. Si decide no completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. El formulario completado o su carta deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Para Apelaciones:

Ambetter de SilverSummit Healthplan
Attn: Appeals Department
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128
Fax: 1-855-742-0125

Para Quejas y problemas:

Ambetter de SilverSummit Healthplan
Attn: Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
Fax: 1-833-886-7956

Comuníquese con nosotros por teléfono al: 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945)

Nombre del (de la) afiliado(a): _____

Núm. de ID del (de la) afiliado(a): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del (de la) afiliado(a): _____

Para presentar una apelación, anote el número de seguimiento/autorización de la decisión desfavorable: _____

Información adicional para apoyar la queja, apelación, problema o recomendaciones (o adjuntos):

Afiliado(a) o representante: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Fecha: _____

** Usted debe presentar una apelación en un plazo de 180 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación.*

** Usted debe presentar una queja en un plazo de 180 días de calendario a partir de el evento.*

Apelaciones y quejas

Definiciones útiles



Cómo determinar si necesita presentar una apelación o una queja, que puede incluir la expresión de una inquietud o recomendación.

- **Apelación (o Apelación Interna)** se refiere a la revisión de una determinación adversa sobre beneficios por parte del plan para evaluar si la decisión de denegar beneficios o servicios fue apropiada. La apelación es su disputa de la determinación adversa sobre beneficios efectuada por el plan de salud. Se puede decidir sobre la apelación en función de nueva información recibida de parte de usted, su representante autorizado o su proveedor, o simplemente de una revisión de la información original presentada si no hay pruebas adicionales o documentación de respaldo que aportar para revisar la apelación.
- **Queja** se refiere a la expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto (excepto una determinación adversa sobre beneficios). Las quejas pueden referirse, entre otras cosas, a la calidad de la atención o los servicios prestados y a aspectos de las relaciones interpersonales, como la falta de cortesía de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de sus derechos, independientemente de que se soliciten medidas correctivas. Una queja incluye su derecho a disputar una prórroga propuesta por el plan para tomar una decisión. Algunas de sus inquietudes también pueden resolverse rápidamente llamando al Servicios al Miembro, y puede que no sea necesario que presente una queja, pero está en su derecho de hacerlo.

Otros términos útiles para cuando presente una apelación o una queja y obtenga una resolución por nuestra parte.

- **Determinación Adversa Sobre Beneficios** se refiere a una denegación, reducción o supresión de un beneficio, así como el hecho de no pagarlo (en su totalidad o en parte).
- **Autorización (o Autorización Previa)** significa la decisión del plan de salud de aprobar la atención especializada u otra atención médicamente necesaria solicitada por su proveedor de atención primaria (PCP) o grupo de proveedores antes de recibir los servicios.
- **Determinación Adversa Final Sobre Beneficios** se refiere a una determinación adversa sobre beneficios, incluidos el criterio médico o un beneficio cubierto, que ha sido confirmada por el plan de salud al término de nuestra revisión de apelación interna.
- **Revisión Externa (o Apelación Externa)** se refiere a una segunda revisión de nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio. La realiza un tercero independiente que no está relacionado con nosotros de ninguna manera. Una revisión externa confirma la decisión del plan de salud o la anula total o parcialmente. El plan de salud debe aceptar esta decisión.
- **Anulación** significa que la decisión anterior no se confirma y ha sido revocada en una apelación (interna/externa).
- **Confirmación** significa que se respalda la decisión anterior, y que esta se mantendrá como decisión final sobre la apelación (interna/externa).

Obtenga más información sobre cómo aprovechar al máximo su plan. Para obtener más información, incluido el proceso de apelaciones y quejas, consulte su Evidencia de Cobertura (EOC). Para esto, visite:

Ambetter-es.SilverSummitHealthplan.com/health-plans.html.