



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)

## Formulario de apelación por escrito (Parte C y D)

Usted tiene el derecho a una apelación si cree que usted califica para un servicio o beneficio que ha sido denegado. Las apelaciones deben presentarse dentro de un período de 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de la denegación inicial. Una apelación **acelerada** solo está disponible cuando el proceso estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o la capacidad para recuperar al máximo sus funciones. Las solicitudes aceleradas que no cumplen con estos criterios se transferirán al proceso **estándar** y tomarán entre 30 y 60 días calendario para ser procesadas según el tipo de apelación. **TODAS LAS APELACIONES DE RECLAMOS SE PROCESAN COMO APELACIONES ESTÁNDARES** y pueden tomar hasta 60 días calendario para ser procesadas.

Complete, a continuación, la información del/de la miembro que presenta la apelación:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Número de identificación del/de la miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de reclamo o autorización: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio/solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de la denegación: \_\_\_\_\_

Describa qué servicio o beneficio fue denegado y por qué cree que usted tiene derecho a los servicios o beneficios denegados. Por favor, adjunte copias de cualquier información adicional que pueda ser útil para su apelación (es decir, carta de denegación, registros médicos, etc.) Utilice otra hoja de papel si fuese necesario.

Firma del/de la miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la apelación la presentó una persona que no es el/la miembro, por favor, llene y firme el **Formulario de Nombramiento de un Representante (Appointment of Representative, AOR)** que se encuentra disponible en el sitio web de Imperial Health Plan en [www.Imperialhealthplan.com](http://www.Imperialhealthplan.com) y envíelo junto con este formulario. La información adicional sobre el proceso de AOR se puede encontrar en la página siguiente.

Firma del representante del/de la miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## CÓMO ENVIAR SU APELACIÓN

Usted puede presentar una apelación por medio de:

- **Fax:** enviar una apelación por escrito o un Formulario lleno de Solicitud de Apelación de Imperial Health Plan por fax al **1-626-380-9049**.
- **Correo electrónico:** a [appealsgrievances@imperialhealthplan.com](mailto:appealsgrievances@imperialhealthplan.com) junto con el Formulario lleno de Solicitud de Apelación de Imperial Health Plan.
- **Envío de una carta dirigida a nosotros.** Enviar su solicitud por escrito por correo a:

Imperial Health Plan  
Attn.: Appeals & Grievances  
PO Box 60874  
Pasadena, CA 91116

### **Plazos para el procesamiento de apelaciones:**

#### **Parte C de Medicare - (Servicios de Medical)**

Apelación estándar previa al servicio = 30 días

Apelación acelerada previa al servicio = 72 horas

Pagos = 60 días

Para apelaciones estándares y aceleradas previas al servicio, podemos ampliar el plazo por hasta 14 días calendario solo si usted solicitó la ampliación del plazo o si la ampliación se justifica y le beneficia debido a la necesidad de evidencia médica adicional de un proveedor no contratado que podría cambiar nuestra decisión de denegar un artículo o servicio; o si le beneficia debido a circunstancias extraordinarias y apremiantes u otras circunstancias no habituales, tales como un desastre natural.

Si ampliamos el plazo, le notificaremos por escrito las razones del retraso y le brindaremos información acerca del derecho a presentar una queja acelerada si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de otorgar una ampliación del plazo.

#### **Parte D de Medicare - (Medicamentos recetados)**

Apelación estándar = 7 días

Apelación acelerada = 72 horas

Pago = 14 días

### **Información adicional sobre el proceso de AOR:**

Un(a) miembro puede hacer que cualquier persona (tal como un pariente, amigo(a), defensor o abogado) actúe como su representante. Para que cualquier persona actúe en su nombre, tanto el/la miembro como el/la representante deben firmar, fechar y llenar un formulario de representante o una notificación equivalente por escrito. Una “notificación equivalente por escrito” es aquella que:

- Incluye el nombre, dirección y número de teléfono de la persona inscrita.

- Incluye el Identificador de Beneficiario de Medicare (Medicare Beneficiary Identifier, MBI) o número de identificación del plan de la persona inscrita.
- Incluye el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que está siendo nombrada.
- Incluye una explicación por escrito del propósito y alcance de la representación.
- Contiene una declaración que indica que la persona inscrita está autorizando al/a la representante a actuar en su nombre para el/los reclamo(s) en cuestión, y una declaración que autoriza la divulgación de información de identificación personal al representante.
- Está firmada y fechada por la persona inscrita que hace el nombramiento; y
- Está firmada y fechada por la persona que está siendo nombrada como representante y va acompañada de una declaración en la que dicha persona acepta el nombramiento.

El formulario de representante puede encontrarse en nuestro sitio web en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com). Si necesita ayuda para llenar estos formularios, usted puede comunicarse con el Departamento de Membresía de Imperial Health Plan al 1-800-838-8271. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de \*6:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de \*6:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 10:00 a.m. a 2:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre. \*El Departamento de Membresía de California abre a las 8:00 a.m., hora del Pacífico.

*Imperial Health Plan es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato.*

*Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.*

*ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*

*Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.*

*ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).*