

Clover Health

Formulario para solicitar una apelación de una denegación de Clover Health

Debido a que Clover Health (o uno de nuestros delegados) denegó su solicitud de cobertura (o pago) de beneficios médicos, usted tiene derecho a solicitarnos una apelación de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha que figura en nuestro aviso de denegación para solicitar una apelación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax a:

Clover Health
Attention: Appeals
PO Box 2091
Jersey City, NJ 07303
Fax: (732) 412-9706
Correo electrónico: PO_Box_2091@cloverhealth.com

Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden realizarse por teléfono al 1-888-778-1478.

Las personas con problemas auditivos y del habla deben llamar al 711.

Quién puede realizar una solicitud: Su médico puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted quiere que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante (consulte la información que aparece a continuación sobre cómo agregar un representante). Comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-888-778-1478 si tiene alguna pregunta. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días festivos.

Información del miembro:		
Nombre completo del miembro:		
N.º de identificación de miembro:	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Número de teléfono: (____) ____ - ____
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro:		
Nombre del solicitante:		
Relación del solicitante con el miembro:	Número de teléfono: (____) ____ - ____	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Documentación de representación para las solicitudes de apelaciones realizadas por alguien que no es el miembro ni el médico del miembro: Si no envió la documentación de representación con la solicitud de determinación de la organización, adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al miembro (un Formulario de nombramiento de representante [Appointment of Representative, AOR] completo u otra documentación legal que demuestre la representación conforme a las leyes estatales (p. ej., un tutor designado por un tribunal, una persona que tiene un Poder de representación duradero o un representante de atención médica, o una persona designada conforme a un estatuto de consentimiento de atención médica). Para obtener más información sobre la designación de un representante y cómo obtener un Formulario de AOR, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-888-778-1478. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota importante: Decisiones aceleradas:

Si usted o su médico considera que esperar 30 días para que se tome una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 30 días podría perjudicar gravemente su salud, le proporcionaremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no consigue el respaldo del médico para solicitar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

☐ MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS PRÓXIMAS 72 HORAS. Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte toda la información adicional que considere que puede ayudar en su caso, como una declaración de su médico y registros médicos relevantes. Usted puede consultar la explicación que proporcionamos en el aviso de denegación que le enviamos.

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, o el médico o representante del miembro):

Fecha: _____

Clover Health es un plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) y de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-888-778-1478 (TTY 711).