

Última revisión de OHCA: 2/1/2024, v3

Forma de solicitud de apelación

Si tiene una queja, ya sea simple o formal, complete y envíe esta forma a Aetna Better Health of Oklahoma para iniciar el proceso de apelación.

Aetna Better Health of Oklahoma **debe recibir la forma completa en un plazo de sesenta (60) días contados a partir del evento desencadenante.** Es decir, de la fecha en la que ocurrió el hecho por el que apela.

Si no completa y envía la forma en un plazo de sesenta (60) días, su apelación puede ser desestimada o rechazada.

Brinde toda la información solicitada, incluida una explicación completa del problema o el asunto. Incluya los nombres de las personas de Aetna Better Health of Oklahoma con las que ha tratado y las fechas en las que ocurrieron los hechos concretos. Utilice otra hoja si es necesario. Adjunte copias de los documentos de respaldo que quiera que se consideren.

Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Identificación del miembro: _____

Dirección de correo postal del miembro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Fecha del evento desencadenante: _____

Tutor del miembro (si corresponde): _____ Teléfono del tutor: _____

Representante autorizado (si tiene)

Yo, _____, autorizo a _____ para que actúe como mi representante en todo lo relacionado con la apelación. Autorizo a mi representante a presentar pruebas, a obtener información sobre mi apelación y a recibir avisos relacionados con mi apelación. Entiendo que es posible que mi información personal de salud (PHI) se divulgue a mi representante. Entiendo que mi PHI puede incluir información sobre trastornos o tratamiento por drogas o alcohol, trastornos o tratamiento de salud mental y enfermedades transmisibles o no transmisibles. Al firmar esta forma, autorizo la divulgación de esta información. Mi representante estará disponible para representarme en la fecha y a la hora de la audiencia de apelación establecida

Aetna Better Health® of Oklahoma
777 NW 63rd Street, Suite 100
Oklahoma City, OK 73116



Última revisión de OHCA: 2/1/2024, v3

por Aetna Better Health of Oklahoma. No tengo un tutor legal, o bien mi tutor legal por la presente consiente esta autorización.

Firma del miembro

Fecha

Describa su solicitud en el espacio a continuación. Sea lo más concreto posible y, si la sabe, indique la fecha en que ocurrió el hecho. Incluya lo que le gustaría que Aetna Better Health of Oklahoma hiciera al respecto. (Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional).

AVISO IMPORTANTE PARA LOS MIEMBROS CON BENEFICIOS O SERVICIOS DE SOONERSELECT QUE SE HAN DISCONTINUADO O REDUCIDO:

Debe solicitar una apelación, y Aetna Better Health of Oklahoma debe recibir esa apelación. La apelación debe presentarse en un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del aviso. Puede solicitar que sus servicios continúen mientras se revisa la apelación. Debe solicitar la continuación de los servicios en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha del aviso. También puede solicitar que los servicios se interrumpan mientras se revisa su apelación. Si presenta una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso y no solicita que se interrumpan sus servicios, estos continuarán durante el período de revisión.

Si **NO** quiere que los servicios o los beneficios continúen mientras su apelación está pendiente, marque la casilla a continuación:

No quiero que los servicios ni los beneficios continúen mientras se resuelve mi apelación.

Aetna Better Health® of Oklahoma
777 NW 63rd Street, Suite 100
Oklahoma City, OK 73116



Última revisión de OHCA: 2/1/2024, v3

Firma del miembro

Fecha

Por favor, enviar esta forma a:

*Aetna Better Health of Oklahoma
Attn: Appeal and Grievance*

Teléfono: 1-844-365-4385

Correo electrónico:

OKAppealandGrievance@aetna.com

*P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181*

Aetna Better Health® of Oklahoma

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarle una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles:

Dirección:

Attn: Civil Rights Coordinator

4750 S. 44th Place, Suite 150, Phoenix, AZ 85040-4015

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>), por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence

Aetna Better Health® of Oklahoma
777 NW 63rd Street, Suite 100
Oklahoma City, OK 73116



Última revisión de OHCA: 2/1/2024, v3

BURMESE: မြန်မာ - သတိ - သင်မြန်မာစကားပြောဆိုပါက သင့်ထံ ဘာသာစကား ကူညီပံ့ပိုးရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးဆောင်သွားပါမည်။ သင့်အိုင်ဒီကတ်၏ကျောဘက်ရှိ နံပါတ် သို့မဟုတ်

1 844-365-4385 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။