



Formulario de quejas para afiliados

Complete este formulario y envíelo por correo o fax a:
Absolute Total Care | Attention: Appeals & Grievances

7700 Forsyth Blvd | St Louis, MO | 63105 | Fax: 1-844-273-2671

Absolute Total Care (ATC) ofrecerá una resolución para la mayoría de las quejas en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en responder a su queja. Sin embargo, si usamos esta extensión, se lo notificaremos por escrito a usted o su representante. Generalmente, podemos ayudarlo de inmediato o en el plazo de unos pocos días. Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”. Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. También puede encontrar más información en el Capítulo 9 del Manual del afiliado. Si presentará una queja en nombre de un afiliado, complete el formulario que se proporciona haciendo clic aquí: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. Si necesita ayuda, llámenos al 1-855-735-4398. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

Nombre del afiliado (nombre y apellido): _____

Identificación de afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Nombre de la persona que presenta la queja: _____

Relación con el afiliado (seleccione una opción): Soy el afiliado Cónyuge Hijo/Hija Tutor legal
 Otro: _____

Proporcione la siguiente información del afiliado:

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Proveedor: _____

Tipo de queja (seleccione una opción):

- Abuso, negligencia, explotación
- Acceso a los servicios
- Solicitud de servicio, apelaciones/problema con el pago de una reclamación
- Solicitud de medicamentos con receta o determinación de cobertura/un problema y proceso de redeterminación
- Servicio al cliente
- Inscripción y cancelación de inscripción
- Fraude y abuso
- Marketing
- Problemas de privacidad
- Calidad de la atención

¿La queja está relacionada con sus medicamentos? (Seleccione una opción): Sí No

Si respondió **SÍ** a la pregunta anterior, ¿tiene un suministro suficiente de los medicamentos que necesita para los próximos 7 días?

(Seleccione una opción): Sí No

¿Cuál es su queja?

¿Cómo puede Absolute Total Care resolver su problema?

¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted en relación con esta queja? (Seleccione una opción):

Teléfono Correo electrónico Otro:

Proporcione otra información de contacto (número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc.):

Absolute Total Care es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections de Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede obtener esta información gratuitamente en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-855-735-4398. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriado federales, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.

You can get this information for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-855-735-4398. Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. TTY users call 711. The call is free.

Para uso administrativo solamente

Número de queja: _____ Fecha de recepción: _____

Absolute Total Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Absolute Total Care no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Absolute Total Care:

- Brinda asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratis a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para afiliados de Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si usted considera que Absolute Total Care no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo llamando al número que aparece arriba e informando que necesita ayuda para presentar el reclamo; el Departamento de Servicios para afiliados de Absolute Total Care está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Services

ATTENTION: If your primary language is not English, language assistance services are available to you, free of charge. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت لا تتحدث باللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-735-4398 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-4398 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-855-735-4398 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電 1-855-735-4398 (TTY : 711)。

RUAHSAKNAK: Mirang ttong hmang nan um silen, Mirang ttong thawn pehpar aw in a lak in bawm nak a um. Himi ah in contact thei asi: 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-4398 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

THEIHTERNAK: Mirang holh a thiammi na si ahcun, holh lei kongkau bawmchanh khawhnak a lak in nangmah caah a um. Hika hin au hna 1-855-735-4398 (TTY-711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (ATS : 711).

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်-ဖဲန့ၢ်တကတိၤအဲးကလံးအက့ၢ်ဘဉ်န့ၢ်,က့ၢ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်အိၣ်ဖဲတၢ်လၢန့ၢ်လၢတလိၣ်ဟ့ၣ်အပူၤဘဉ်န့ၢ်လီၤ.ကိးဘဉ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ለእርስዎ ሊሰጡ ይችላሉ። ወደ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ይደውሉ።

သတိပြုရန်။ သင် မြန်မာစကားပြောပါက အခမဲ့ ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ကိုခေါ်ပါ။