



# Formulario de solicitud de apelación de NJ FamilyCare (Medicaid)

El objetivo de este formulario es brindarle ayuda para presentar su apelación. Una vez que lo complete, puede enviarnos este formulario por fax o correo postal, junto con cualquier expediente médico que desee que revisemos. La dirección y el número de fax se encuentran en la parte superior del formulario.

También puede presentar una apelación por teléfono llamando al **1-888-453-2534** (TTY: **711**).



## **Siga las instrucciones que se indican a continuación para completar el formulario.**

- ✓ **Sección A:** Complete toda la información e incluya un número de teléfono actual.
- ✓ **Sección B:** Indique el nombre de la persona que presenta la apelación. Si usted es el miembro, escriba su nombre y datos de contacto en esta sección y marque la casilla junto a "Miembro". Si usted es el padre/madre o tutor y presenta la solicitud en nombre del miembro, escriba su nombre y marque la casilla junto a "Padre/Madre/Tutor".  
También puede pedir a alguien que presente una apelación en su nombre. Esto se denomina *nombramiento de representación*. Si desea que alguien presente una apelación en su nombre, escriba la información de esa persona en la sección B y complete también la sección G.
- ✓ **Sección C:** Indíquenos si necesita una apelación acelerada. Debe seleccionar "Apelación acelerada" (lo que hará que se tome una decisión en un plazo máximo de 72 horas) si usted o su proveedor consideran que el plazo estándar de 30 días para decidir es demasiado largo y podría perjudicar su salud. De lo contrario, debe seleccionar "Apelación estándar". Tenga en cuenta que, si ya ha recibido el servicio, no podrá solicitar una apelación acelerada (decisión dentro de 72 horas).
- ✓ **Sección D:** Indíquenos cuál es su idioma preferido para cualquier carta que le enviemos o cualquier llamada telefónica que le hagamos durante este proceso.
- ✓ **Sección E:** Indíquenos qué tipo de decisión adversa/denegación (como la denegación de una autorización previa o la reducción o terminación de un servicio en curso) recibió. Proporcione un número de referencia/autorización o un número de reclamo o la fecha del servicio, si dispone de ellos.
- ✓ **Sección F:** Indíquenos por qué no está de acuerdo con nuestra decisión.
- ✓ **Sección G:** Esta sección DEBE completarse cuando la apelación sea presentada por cualquier persona que no sea el miembro o un padre/madre o tutor.



### **¿Tiene preguntas?**

Llame a Servicios al Miembro al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Puede ponerse en contacto con nosotros de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede visitarnos en línea en **fideliscarenj.com**.

# Formulario de solicitud de apelación de NJ FamilyCare (Medicaid)

Complete el siguiente formulario y envíelo por uno de los siguientes medios.



Envíe este formulario por FAX al 1-866-201-0657 |



Envíe este formulario por CORREO POSTAL a la siguiente dirección: **Fidelis Care of NJ**

Attn: Appeals Department

P.O. Box 31368

Tampa, FL 33631-3370



También puede llamarnos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) para presentar una apelación.

<b>A. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO</b>		<b>B. PERSONA QUE PRESENTA ESTE FORMULARIO</b> (Seleccione la relación con el miembro).	
Nombre del miembro:		Nombre:	
ID de miembro:		<input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de nacimiento del miembro: / /		Número de teléfono:	
Número de teléfono del miembro:		Fax/Dirección de correo postal:	
<i>Si alguien que no sea el miembro o su padre/madre o tutor está completando este formulario, <b>debe completar la Sección G.</b> Si un padre/madre o tutor está completando este formulario, no es necesario completar la Sección G.</i>			
<b>C. TIPO DE APELACIÓN</b> (Nota: si ya se le han prestado los servicios, no puede solicitar una apelación acelerada).			
<input type="checkbox"/> Apelación acelerada (decisión dentro de 72 horas) <input type="checkbox"/> Apelación estándar (decisión dentro de 30 días)			
<b>D. IDIOMA</b>			
Mi idioma de preferencia es _____. Envíe todas las cartas y demás comunicaciones en ese idioma.			
<b>E. TIPO DE DECISIÓN ADVERSA/DENEGACIÓN QUE ESTÁ APELANDO</b> (Marque la casilla correspondiente al tipo que le aplique y proporcione toda la información que pueda).			
<input type="checkbox"/>	<b>DENEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA</b> (Rechazo total o parcial de una solicitud inicial de un servicio).	<b>N.º de referencia:</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>REDUCCIÓN O INTERRUPCIÓN</b> (Reducción o interrupción de las horas/ unidades de un servicio continuo que ha estado recibiendo).	<b>N.º de referencia:</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>DENEGACIÓN DE REEMBOLSO</b> (Se le deniega el reembolso de un servicio que usted pagó por adelantado).	<b>Fecha de pago o fecha del servicio:</b>	
<b>F. DECLARACIÓN DE APELACIÓN</b> (Indíquenos por qué se debe aprobar el servicio. Envíenos cualquier expediente médico que desee que revisemos. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio).			

## G. NOMBRAMIENTO DE REPRESENTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, el miembro o padre/madre o tutor del miembro, doy mi consentimiento a  
**(Nombre del miembro O del padre/madre o tutor)**

\_\_\_\_\_, mi \_\_\_\_\_, quien actúa  
**(Nombre de la persona a la que da permiso para apelar)** **(¿Qué relación tiene con esta persona? Por ejemplo, médico, amigo)**

en mi nombre para la solicitud de apelación.

\_\_\_\_\_  
**Firma del miembro**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del miembro**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de representante nombrado**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de representante nombrado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## La Discriminación Es un Delito

**Fidelis Care** cumple con las leyes Federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). **Fidelis Care** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

### Fidelis Care:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**).

Si considera que **Fidelis Care** no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

1557 Coordinator

PO Box 31384, Tampa, FL 33631

Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)

Fax: **1-866-388-1769**

Correo Electrónico: **SM\_Section1557Coord@centene.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, por correo o por teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**

Esta notificación está disponible en el sitio web de Fidelis Care:

**<https://www.fideliscarenj.com/notice-of-non-discrimination.html>**

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats. That includes Braille, audio and large print. Just give us a call toll-free. You can reach us at **1-888-453-2534**. For TTY, call **711**.

Si el español es su idioma materno, podemos traducir la información para usted. También podemos proporcionarle información en otros formatos, entre ellos, Braille, audio y letra grande. Solo llámenos, sin costo alguno. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-888-453-2534**. Para TTY, llame al **711**.

若您中文是您的第一語言，我們可以為您翻譯。我們也提供其他格式的資訊，包括點字版、音訊和大字印刷。請致電免費專線 **1-888-453-2534**。TTY 請撥打 **711**。

귀하의 모국어가 한국어인 경우 번역해 드릴 수 있습니다. 점자, 오디오, 대형 활자본 등 다른 형식으로도 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 수신자 부담 전화 **1-888-453-2534**(TTY: **711**)번으로 전화하여 당사에 문의해 주십시오.

Se português for a sua língua materna, podemos traduzir por si. Também lhe podemos fornecer informações noutros formatos, tais como braille, áudio e em letras grandes. Para tal, basta contactar-nos através do número **1-888-453-2534**. Para TTY, ligue para o **711**. A chamada não tem quaisquer custos.

જો ગુજરાતી તમારી પ્રથમ ભાષા છે, તો અમે તમારા માટે અનુવાદ કરીને આપી શકીએ છીએ. અમે તમને બીજા ફોર્મેટ્સમાં પણ માહિતી આપી શકીએ છીએ. તેમાં બ્રેઇલ, ઓડિયો અને મોટી પ્રિન્ટનો સમાવેશ થાય છે. અમને ફક્ત એક ટોલ-ફ્રી કોલ કરો. તમે **1-888-453-2534** પર અમારો સંપર્ક કરી શકો છો. TTY માટે, **711** પર કોલ કરો.

Jeśli język polski jest Twoim pierwszym językiem, możesz skorzystać z tłumaczenia. Możesz również otrzymać informacje w innych formatach, takich jak alfabet Braille'a, plik dźwiękowy lub duży druk. Wystarczy wykonać bezpłatne połączenie na numer **1-888-453-2534**, (TTY: **711**).

Se l'italiano è la sua prima lingua, possiamo provvedere alla traduzione per lei. Possiamo anche fornirle informazioni in altri formati, tra cui Braille, audio e stampa grande. È sufficiente chiamarci al numero verde

**1-888-453-2534**. Per TTY, chiamare il numero **711**.

إذا كانت العربية لغتك الأولى، فيمكننا توفير خدمة الترجمة لك. يمكننا أيضًا تزويدك بمعلومات بتنسيقات أخرى ويشمل ذلك طريقة برايل والتسجيل الصوتي والطباعة بأحرف كبيرة. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم المجاني. يمكنك التواصل معنا عبر الرقم **1-888-453-2534**. للهاتف النصي TTY، اتصل على الرقم **711**.

Kung Tagalog ang una ninyong wika, puwede kaming magsalin para sa inyo. Puwede rin kaming magbigay sa inyo ng impormasyon sa iba pang format. Kabilang dito ang Braille, audio, at malaking print. Tawagan lang kami nang libre. Puwede kayong makipag-ugnayan sa amin sa

**1-888-453-2534**. Para sa TTY, tumawag sa **711**.

Если вашим родным языком является русский, мы можем предоставить вам услуги перевода. Мы также можем предоставить вам информацию в других форматах. Сюда относятся такие форматы, как шрифт Брайля, аудиоформат и крупный шрифт. Просто позвоните нам по бесплатному номеру телефона. Вы можете связаться с нами по номеру

**1-888-453-2534**. TTY: **711**.

Si Kreyòl Ayisyen se pa premye lang ou, nou ka tradwi pou ou. Epitou nou ka ba w enfòmasyon nan lòt fòm. Sa gen ladan Bray, odyo, ak gwo enpresyon. Sèlman ba nou yon koutfil gratis. Ou ka jwenn nou nan

**1-888-453-2534**. Pou TTY, rele **711**.

अगर हिंदी आपकी पहली भाषा है, तो हम आपके लिए अनुवाद कर सकते हैं. हम आपको अन्य फ़ॉर्मेट में भी जानकारी दे सकते हैं. इसमें ब्रेल, ऑडियो और बड़े प्रिंट शामिल हैं. बस हमें टोल-फ़्री कॉल करें. आप हमसे

**1-888-453-2534** पर संपर्क कर सकते हैं. TTY के लिए, **711** पर कॉल करें.

Nếu ngôn ngữ chính của quý vị là tiếng Việt, chúng tôi có thể phiên dịch cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở các định dạng khác. Bao gồm chữ nổi, âm thanh và bản in chữ lớn. Chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí. Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi theo số **1-888-453-2534**. Đối với TTY, gọi số **711**.

Si le français est votre langue maternelle, nous pouvons vous fournir une traduction. Nous pouvons également vous fournir des informations dans d'autres formats, notamment en braille, au format audio ou encore en gros caractères. Il vous suffit de nous appeler gratuitement au **1-888-453-2534**. Pour le mode TTY, composez le **711**.

اگر اردو آپ کی پہلی زبان ہے تو ہم آپ کے لیے ترجمہ کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کو دوسری شکلوں میں بھی معلومات دے سکتے ہیں۔ اس میں بریل، آڈیو اور بڑا پرنٹ شامل ہے۔ بس ہمیں ایک ٹال فری نمبر پر کال کریں۔ آپ ہم سے **1-888-453-2534** پر رابطہ کر سکتے ہیں۔ TTY کے لیے، **711** پر کال کریں۔