



**Quartz Medicare Advantage (HMO)**

840 Carolina Street  
Sauk City, WI 53583

**Importante:** En este aviso se explica su derecho a apelar nuestra decisión. Léalo atentamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números que figuran en la última página, en la sección “Cómo obtener ayuda y más información”.

**AVISO DE DENEGACIÓN DE COBERTURA MÉDICA**

---

**Fecha:**

**Número de id. de miembro:**

**Nombre del miembro:**

**Dirección:**

**Ciudad, estado y código postal:**

**Fechas de servicio:**

**Proveedor:**

---

**Denegamos su solicitud**

Hemos denegado el pago de los artículos o servicios médicos mencionados abajo que solicitó usted o su proveedor:

Servicios de cama giratoria

**¿Por qué denegamos su solicitud?**

Denegamos los artículos o servicios médicos mencionados arriba porque:

Quartz Medicare Advantage no incluye cobertura para servicios de cama giratoria si no se cumple el requisito obligatorio de la hospitalización de tres días. Esto se indica en el manual de Evidencia de cobertura de Quartz Medicare Advantage, capítulo 4, sección 2.1, titulada *Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan, tabla de beneficios médicos*.

Acuse de recibo del aviso:

---

Firma del miembro

(o de la persona que actúa en su nombre)

---

Fecha

---

Hora

**\*\*Envíe por fax el aviso firmado en un plazo de 24 horas a:**

**Quartz Medicare Advantage, Attn.: Medical Management al (608) 881-8397.**

## Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Usted tiene derecho a pedir a Quartz Medicare Advantage que revise nuestra decisión solicitando una apelación:

**Plan de apelación:** Solicite una apelación a Quartz Medicare Advantage en un plazo de **60 días** después de la fecha de este aviso. Podemos darle más tiempo si tiene un motivo justificado para no cumplir el plazo. Consulte la sección “Cómo solicitar una apelación a Quartz Medicare Advantage” para obtener información sobre cómo solicitar una apelación de nivel del plan.

## Si quiere que otra persona actúe en su nombre

Usted puede designar a un familiar, un amigo, un abogado, un médico u otra persona para que actúe como su representante. Si quiere que otra persona actúe en su nombre, llámenos al (800) 394-5566 para saber cómo designar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973. Usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre deben firmar y fechar una declaración en la que confirmen que quieren esto. Deberá enviarnos esta declaración por correo o por fax. Guarde una copia como constancia.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

### Hay dos tipos de apelación con Quartz Medicare Advantage

**Apelación estándar:** Le daremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar en un plazo de **30 días** después de que recibamos su apelación. Nuestra decisión puede tardar más tiempo si usted pide una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le avisaremos si nos vamos a tomar más tiempo y le explicaremos por qué lo necesitamos. Si su apelación es por el pago de un servicio que ya recibió, le daremos una decisión por escrito en un plazo de 60 días.

**Apelación rápida:** Le daremos una decisión sobre una apelación rápida en un plazo de **72 horas** después de que recibamos su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente afectada por esperar hasta 30 días para recibir una decisión. Usted no puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un servicio médico que ya recibió.

**Le daremos una apelación rápida de manera automática si un médico solicita una para usted o si este respalda su solicitud.** Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un médico, decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le damos una apelación rápida, le daremos una decisión en un plazo de 30 días.

### Cómo solicitar una apelación a Quartz Medicare Advantage

**Paso 1:** Usted, su representante o su proveedor debe solicitar una apelación. Su solicitud debe incluir:

- Su nombre.
- Dirección.
- Su número de id. de miembro.
- Los motivos por los que se solicita la apelación.
- Si quiere una apelación rápida o estándar (en el caso de una apelación rápida, explique por qué la necesita).

- Cualquier evidencia que quiera que evaluemos, como su expediente médico, cartas de médicos (p. ej., la declaración de respaldo de un médico si solicita una apelación rápida) u otra información que explique por qué necesita el artículo o el servicio. Llame a su médico si necesita esta información.

Si solicita una apelación y no cumplió el plazo, puede pedir una extensión y debe indicar los motivos del atraso.

Recomendamos que guarde una copia de todo lo que nos envíe como constancia. Puede pedir ver su expediente médico u otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión antes de la apelación o durante esta. También puede pedir una copia gratis de las directrices que usamos para tomar nuestra decisión.

**Paso 2:** Envíe su apelación por correo, fax o correo electrónico, preséntela en persona o solicítela llamando por teléfono.

**En el caso de una apelación estándar:** Puede **enviar su apelación por correo** a Quartz Medicare Advantage, Attn.: Appeals Specialist, 840 Carolina Street Sauk City, WI 53583. Para **presentar su apelación en persona**, la dirección es Quartz Medicare Advantage, 2651 Midwest Drive, Onalaska, WI 54650. Para **enviar su apelación por correo electrónico**, escriba a [AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com](mailto:AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com).

Puede **solicitar su apelación por teléfono** llamando al (608) 881-8284 o al (800) 394-5566; los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973. También puede **enviarla por fax** a Quartz Medicare Advantage, Attn.: Appeals Specialist, al número (608) 644-3500.

**En el caso de una apelación rápida:** Solicite su apelación por teléfono llamando al (608) 881-8284 o al (800) 394-5566; los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973. También puede enviarla por fax a Quartz Medicare Advantage, Attn.: Appeals Specialist, al número (608) 644-3500. Para enviar su apelación por correo electrónico, escriba a [AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com](mailto:AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com).

## ¿Qué sucederá ahora?

Si solicita una apelación y seguimos denegando su solicitud de pago de un servicio, le daremos una decisión por escrito y enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente. **Si el revisor independiente deniega su solicitud, en la decisión por escrito se explicará si usted tiene otros derechos de apelación.**

## Cómo obtener ayuda y más información

- Número gratis de Quartz Medicare Advantage: (800) 394-5566; los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.
- Horario del Centro de Llamadas de Quartz Medicare Advantage: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- También puede visitar nuestra página web en [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage).

- Además, puede comunicarse con una de las organizaciones mencionadas abajo para recibir ayuda.
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 486-2048.
  - Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center): 1-888-HMO-9050.
  - Localizador de atención de adultos mayores: Llame al (800) 677-1116 o visite [eldercare.acl.gov](http://eldercare.acl.gov) para pedir ayuda en su comunidad.
  - Comuníquese con el Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (Aging Disability Resources Center, ADRC) de su condado.

**Declaración de revelación según la PRA.** Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que en esta figure un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación es 0938-0829. El tiempo estimado necesario para completar esta recopilación de información es de 10 minutos por respuesta en promedio, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar recursos de información actuales, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) no discriminan en sus programas ni en sus actividades. Para pedir esta publicación en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a [AltFormat@cms.hhs.gov](mailto:AltFormat@cms.hhs.gov).

## Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-394-5566 (TTY: 711)。

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Arabic:** ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة من أجلك، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-394-5566 (телетайп: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-394-5566 (711)번으로 전화해 주십시오.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Pennsylvania Dutch:** Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schpooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-394-5566 (ATS : 711).

**Amharic:** ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክሶሎ ቁጥር ደደውሉ። 1-800-394-5566 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-394-5566 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Serbo-Croatian:** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-394-5566 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-394-5566 (TTY: 711).

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Quartz Medicare Advantage (HMO) es el nombre comercial bajo el que operan las entidades Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales individuales. En este aviso, “nosotros” hace referencia a estas compañías. Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- Nosotros damos ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Nosotros prestamos servicios de idioma gratis a las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al **(800) 362-3310**.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

**Kristie Meier, Compliance Officer; 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583**  
**Teléfono: (800) 362-3310; TTY: 711 o llame gratis al (800) 877-8973; fax: (608) 644-3500**  
**Correo electrónico: [AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com](mailto:AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com)**

Puede presentar la queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles de manera electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **[ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)**, o por correo o teléfono, en:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**  
**(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)**

Puede acceder a los formularios de quejas en **[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

