* [*This model letter describes a member’s right to make an expedited grievance or “Fast Complaint” when:*
  + *the plan needs more time to make a decision on an integrated organization determination (an initial request for a service or item) or an expedited integrated appeal; or*
  + *the plan denies a request for an expedited integrated organization determination or an expedited integrated appeal.*]
* [*Based on why plans are sending the letter, plans should select the appropriate language in the second paragraph of this letter*.]
* [*Instructions to plans appear in blue italicized text and brackets* [ ] *and are only for plan use. Plans must ensure that no blue text remains in the letter that plans send to members*.]
* [*Plans must revise references to “Medicaid” to use the state-specific name for the program throughout the letter. If the state-specific name does not include the word “Medicaid,” plans should add “(Medicaid)” after the first reference of the state-specific name.*]
* [*Plans may modify the letter as needed to describe the plan’s rules and benefits.*]
* [*Plans may modify the language in the letter, as applicable, to address state-specific Medicaid benefits and procedures.*]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans should insert the most appropriate plan number. Only the plan’s Member Services phone and TTY numbers are required to be toll-free.]
* [If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term they use.]
* [Plans should ensure plan-customized text is in plain language.]
* [Plans may place a hyperlink or a QR code in the letter where appropriate to provide an option for members to go online.]

**Carta sobre su Derecho a Presentar una Queja Rápida**

**<Date of Letter>**

[*Insert Member name*]

Número de identificación del miembro:

Servicio/artículo relacionado con esta carta:

[*Insert additional field(s) as needed, when required by state, such as provider or Member Medicaid ID*]

En esta carta nos referimos a <Plan name> como “nuestro plan” o “nosotros.” Somos un plan de salud que contrata con Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] para proporcionar cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] así como sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención de la salud.

[*Insert one of the following sets of paragraphs as applicable:*]

[*When plan needs more time to make a decision:* **Nuestro plan necesita más tiempo para tomar una decisión sobre su <solicitud** *or* **apelación> por el <servicio** *or***artículo> arriba mencionado.** Puede ser que necesitemos hasta **14 días calendario adicionales** para darle una decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación de tomar más tiempo para darle una decisión, **usted o su <doctor** *or***proveedor de cuidado de salud> pueden presentar una queja rápida.**

* Usted podría necesitar una decisión más rápida por razones médicas o de salud.
* Si usted necesita una decisión más rápida, pídale a su <doctor *or* proveedor de cuidado de salud> que nos envíe información sobre sus razones médicas o de salud.
* Cuando usted presenta una queja rápida, nuestro plan tiene que darle una respuesta a su queja rápida **dentro de** **24 horas**.
* Si nuestro plan está de acuerdo que usted necesita una decisión rápida, tomaremos una decisión sobre su <solicitud *or* apelación> antes.]

***or***

[*When plan denies request for expedited integrated organization determination/appeal:* **Nuestro plan revisó su <solicitud del <servicio** *or***artículo> antes mencionado** *or* **la apelación por el <servicio** *or***artículo> antes mencionado>, y no creemos que una <decisión** *or***apelación> rápida es necesaria porque** [*Insert a concise explanation for the plan’s decision****.*** *Write the explanation in plain language and give, at a minimum, a basic explanation of the reasoning behind the action in the simplest language possible without losing meaning.*].Nuestro plan tendráhasta **[*Insert specific decision deadline date in month, date, year format – 14 calendar days for requests (72 hours for Part B drugs)/30 calendar days for appeals (7 calendar days for Part B drugs) from date that the request or appeal was made. Insert deadline date in bold text.*]** para tomar una decisión sobre su <solicitud *or* apelación>.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan de que usted no necesita una <decisión *or* apelación> rápida, **usted o su <doctor** *or* **proveedor de cuidado de salud> pueden presentar una queja rápida.**

* Usted podría necesitar una decisión más rápida por razones médicas o de salud.
* Si usted necesita una decisión más rápida, pídale a su <doctor *or* proveedor de cuidado de salud> que nos envíe información sobre sus razones médicas o de salud.
* Cuando usted presenta una queja rápida, nuestro plan tiene que darle una respuesta a su queja rápida **dentro de** **24 horas**.
* Si nuestro plan está de acuerdo que usted necesita una decisión rápida, tomaremos una decisión sobre su <solicitud *or* apelación> antes.]

# Cómo presentar una queja rápida

Contacte nuestro plan lo antes posible para presentar su queja rápida. Usualmente, **llamar al Departamento de Servicios al Miembro de nuestro plan es el primer paso** para presentar una queja rápida. **Tenemos que responder dentro de 24 horas de recibir su queja rápida**.

* Para presentar una queja rápida por teléfono, usted o alguien que usted haya nombrado como su representante para que actúe en su nombre (como algún familiar, amigo, o abogado) puede llamar al <plan phone number for complaints> (TTY: <TTY number>), <days and hours of operation>.
* Cuando nos llame, díganos que quiere presentar una queja rápida.
* Si usted presenta su queja rápida por teléfono, nuestro plan podría llamarle para darle una respuesta y luego darle seguimiento con una respuesta escrita.

Usted siempre tiene el derecho a presentar una queja rápida por escrito si no quiere llamar al Departamento de Servicios al Miembro.

* Para presentar su queja por escrito, usted o su representante pueden escribirnos a <plan mailing address> o enviarnos un fax a <plan fax number for complaints>.
* Si usted presenta su queja por escrito, nuestro plan le enviará una respuesta por escrito.

Usted también tiene el derecho a pedir una respuesta escrita de nuestro plan cuando llame para presentar su queja rápida.

# Obtenga ayuda y más información

* **<Plan name> Departamento de Servicios al Miembro:** Llame al <toll-free plan Member Services phone number> (TTY: <toll-free TTY number>), <days and hours of operation>. También puede visitar <plan website>.
* [*If the state uses an Ombudsman or other member support program, insert the following language, with state-specific information here:* ***<*Name of program office>:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>). <Name of program office> puede responder a preguntas sobre esta carta. También pueden explicarle lo que hacer después. Ellos no tienen relación con nuestro plan, con ninguna compañía de seguros, u otro plan de salud. Sus servicios son gratuitos.]
* ***<*Name of State Health Insurance Assistance Program (SHIP) office*>*:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>). Los asesores de <name of SHIP program> pueden ayudarle con asuntos de Medicare, incluso cómo presentar una queja rápida. Ellos no tienen relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
* **Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048). O visite [es.Medicare.gov](https://es.medicare.gov/).
* **<Medicaid/state Medicaid program name>:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>).
* **Centro de Derechos de Medicare:** Llame al 1-800-333-4114 y presione el “8” cuando oiga el mensaje del operador, o visite [www.medicarerights.org](https://www.medicarerights.org/programs/national-helpline).
* **Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores:** Llame al 1-800-677-1116, o visite [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para encontrar ayuda en su comunidad.
* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information.*]

Usted puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grandes, braille, o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

[*Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, visit* [*www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557).]