

Formulario de Reclamo para Miembros de Atención Médica Administrada de California

Atención miembros de Medicare + Choice: no completar este formulario. Solicitar el "Formulario de apelación y reclamo del plan Medicare + Choice de California"

Usted tiene derecho a presentar un reclamo sobre cualquier aspecto de la atención o de los servicios médicos. Si desea presentar un reclamo, por favor utilice este formulario. Existe un procedimiento que debe seguirse para presentar un reclamo. Su plan de salud está obligado, por ley, a darle una respuesta dentro de los 30 días. Si tiene alguna pregunta, tiene la libertad de llamar al consultorio de su médico o a su plan de salud, a los teléfonos que figuran en el reverso de este formulario. También puede llamar a los números de teléfono en su tarjeta de identificación (ID) de salud. Si usted cree que el tiempo de espera de la respuesta pone en riesgo su salud, llame y solicite una "Revisión Expeditiva".

Por favor llene a máquina o con letras de imprenta la siguiente información:

Nombre del miembro (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección

Teléfono de la casa (incluya código de área)

Ciudad, Estado, Código postal (Zip)

Teléfono del trabajo (incluya código de área)

Nombre del Empleador o Grupo

Nº de ID de miembro o de inscripción

Fecha de nacimiento

Si una persona diferente del miembro está presentando este reclamo debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ N° de teléfono de día _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (Zip): _____

Describa en qué consiste su reclamo. Proporcione fechas, horas, nombres de personas, lugares, etc., que tienen relación con el caso.

Por favor adjunte copias de cualquier documento que pueda ayudarnos a entender su reclamo.

Y Si adjunta otros papeles, por favor marque esta casilla.

Por favor firme y envíe por CORREO o por FAX, si corresponde, A su plan de salud (consulte la página que contiene la información de contacto del plan de salud)

Fecha _____ Firma del miembro: _____

Fecha _____ Firma del representante: _____

NOTIFICACIÓN AL MIEMBRO O A SU REPRESENTANTE:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) supervisa los planes de atención de salud. Si usted no está de acuerdo con su plan de salud, debería presentar un reclamo a su plan de salud antes de llamar al DMHC. También puede tomar otras medidas que usted tenga a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo en una emergencia, o si su plan de salud no ha dado respuesta a su reclamo en más de treinta (30) días, puede llamar al DMHC para pedir ayuda. Usted también puede tener derecho a una "Revisión Médica Independiente" (IMR). Si es elegible para una IMR, significa que otras personas externas a su plan de salud revisarán las decisiones médicas que se han tomado referidas a su atención médica. Estas personas considerarán si la atención o los servicios son necesarios. Estas decisiones pueden estar relacionadas con la atención o los servicios solicitados por su médico. También pueden relacionarse con pagos que su plan de salud debería hacer por tratamientos especiales, o con quién debe pagar los servicios de salud de emergencia que usted reciba. Usted puede llamar sin costo al DMHC al **1-888 466-2219**. Si tiene problemas de audición o de habla, puede llamar a la línea TDD al número **1-877-688-9891**. El DMHC tiene un sitio en Internet: (<http://www.hmohelp.ca.gov>). En el sitio Internet también se encuentra este formulario, así como instrucciones sobre cómo utilizarlo.

Empleados federales: Si usted es empleado federal, tiene derechos adicionales a través de la Oficina de Administración de Personal (OPM), en lugar de la DMHC. Por favor consulte el Folleto del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), donde se establece que usted puede solicitar a la OPM que revise la negativa después de solicitar a su plan de salud la reconsideración de la negativa o rechazo inicial. La OPM determinará si su plan de salud aplicó correctamente los términos de su contrato al negar su reclamo o petición de servicio. Envíe su solicitud de revisión a: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division IV, P.O. Box 436, Washington, D.C. 20044

Empleados de compañías auto-aseguradas: Usted puede tener derecho a emprender una acción civil según la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), si usted está inscrito en su plan de salud a través de un empleador que esté sujeto a la ERISA. En primer lugar, asegúrese de que todas las revisiones requeridas de la apelación de su reclamo hayan sido completadas, y de que su reclamo no haya sido aprobado. Luego consulte con el administrador del plan de beneficios de su empleador para determinar si el plan de beneficios de su empleador está regido por la ERISA. Adicionalmente, usted y su plan de salud pueden tener otras alternativas voluntarias para resolver una disputa, como por ejemplo la mediación.

Por favor envíe su carta de reclamo a su plan de salud a:

<p>Aetna Health of California Attn: Commercial Grievance & Appeals, P.O. Box 10169, Van Nuys, CA. 91410 Servicio a Miembros: 800-756-7039, 877-665-6736 (Expeditiva, 72 horas), TDD-TTY: (800) 628-3323 Fax: 860-754-5321 (Expeditiva, 72 horas)</p>
<p>Blue Cross of California Attn: Grievance & Appeal Mgt. Dept., P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310 “Llame a Servicio a Clientes al número que figura en el anverso de su tarjeta de identificación (ID)”, para apelaciones verbales, expeditivas. Apelaciones (varían por ID de grupo) 7 a.m. – 12 p.m., Lu. a Vie., Hora del Pacífico; 8 a.m. – 4 p.m., Sáb., Fax 818-234-2767 ó 3824</p>
<p>Blue Shield of California Attn: Member Services, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540. Teléfono de Servicio a Miembros: 800-424-6521, opción 3, español, 800-424-6521 TDD-TTY: llame al 800-241-1823 (requerimientos verbales), sitio en Internet: http://www.mylifepath.com</p>
<p>CIGNA HealthCare (California) Attn: Grievance & Appeal Mgt. Dept., 400 N. Brand Blvd., Glendale, CA 91203-2311 Teléfono de Servicio a Miembros: 800-832-3211, opción 1; Servicio a Miembros, TDD-TTY: 877-688-9891</p>
<p>Chinese Community Health Plan Attn: Member Services, 170 Columbus, Suite 210, San Francisco, CA 94133 Servicio a Miembros: 415-397-3190, Fax: 415-397-7077, TDD-TTY: 877-681-8888</p>
<p>Health Net (California) Attn: Appeals & Grievances Dept., P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 Teléfono de Servicio a Miembros: 800-522-0088; Fax: 818-676-7200; Fax expeditivo 818-676-7504 TDD-TTY: Comercial – 800-995-0852; Medi-Cal – 800-952-8349</p>
<p>InterValley Health Plan Attn: Health Services-Exp. Mbr. Appl., P.O. Box 6002, Pomona, CA 91769-6002 Servicio a Miembros: 800-251-8191 Lu. a Vie., 8 a.m. – 5 p.m., Fax 909-620-8092 TDD-TTY: 800-505-7150, Expeditivo.</p>
<p>One Health Plan of California, Inc. Attn: Medical Management, 1740 Technology Dr., #320, San Jose, CA 95110 Teléfono de Servicio a Miembros: 800-663-8081, Fax 408-437-4193, TDD-TTY: 800-735-2258</p>
<p>PacifiCare of California Attn: Appeals Dept.-Exp. Mbr. Apls., P.O. Box 6006, Cypress, CA 90630 Teléfono de Servicio a Miembros: 800-624-8822, Fax 714-226-8804 Apelaciones estándar, TDD-TTY: 800-442-8833</p>
<p>Prudential HealthCare (California) Attn: Prudential Healthcare Appeals, PO Box 45146, Jacksonville, FL 32207-5146 Servicio a Miembros: 1-800-456-5510; Número de fax: 904-351-4248</p>
<p>Universal Care Attn: Member Services-Exp. Member Appeals, 1600 E. Hill St., Signal Hill, CA 90806-0548 Teléfono de Servicio a Miembros: 800-635-6668, Fax: 562-981-5822, TDD-TTY: 866-321-5955</p>
<p>Western Health Advantage Attn: Member Services, 1331 Garden Highway, Ste 100, Sacramento, CA 95833 Servicio a Miembros: 888-563-2250, Fax 916-568-0126, TDD-TTY: 888-877-5378</p>