



OPTUMHealth®

Physical Health of California

OptumHealth Physical Health of California

(ACN Group of California, Inc.)

Formulario de Quejas Formales del Miembro (en Letra de Imprenta Grande)

Si no está satisfecho con algún aspecto de su contacto con ACN Group of California, Inc. (ACNCA), un proveedor contratado de ACNCA o sus representantes, por favor, incluyendo la falta de atención inclusiva para personas trans, complete este formulario y devuélvalo a la dirección que se indica en el mismo.

Información de la Persona que Envía la Queja Formal:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ ESTADO CA Código Postal _____ Número de

Teléfono: () _____

Relación con el paciente:

Suscriptor Representante Personal Empresa

Profesional Médico del Paciente

Otro _____

Información del Paciente:

Nombre: _____

Plan de Salud del Paciente: _____

N° de Identificación del Paciente: ____ Fecha de Nacimiento: __/__/

Información del Proveedor Tratante:

Nombre: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: ESTADO _____

Código Postal _____

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

Doy fe de que toda la información que completé anteriormente es verdadera.

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario completo por correo a:

OptumHealth Physical Health of California
P.O. Box 880009
San Diego, CA 92168
Attention: Grievance Coordinator

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

Proceso de Notificación de Quejas Formales y Revisión Médica Independiente del Departamento de Cuidado de la Salud Administrada de California

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es la entidad responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al **1-800-428-6337** o TDD **(888) 877-5379** y utilice el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto a su entera satisfacción o una queja formal que no se haya resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad por razones médicas de un servicio o tratamiento propuestos, de las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y de las disputas por servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también tiene un número gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con limitaciones auditivas y del habla. El sitio de Internet del Departamento **www.dmhc.ca.gov** ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea.

Si usted cree que su cobertura de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, también puede llamar al Departamento para obtener ayuda.

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

Language Assistance Services

You may be entitled to the following rights and services under California law which shall be available in the top 15 languages spoken by limited English-proficient individuals in California as determined by the State Department of Health Care Services.

Interpretation services and translated written materials are available to the member in the top 15 languages spoken by limited English-proficient individuals in California as determined by the State Department of Health Care Services. Appropriate auxiliary aids and services are also available to the member, including qualified interpreters for individuals with disabilities and information in alternate formats, when those aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate for individuals with disabilities. These services will be provided free of charge in a timely manner upon request. To get help in your language, please call your health plan, ACN Group of California, Inc. at: **800-428-6337/TTY: 711**, Monday through Friday, 8:30 a.m. to 5:00 p.m. pacific time (PT). If you need more help, call the Department of Managed Health Care (DMHC) Help Center at 1-888-466-2219.

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call the toll-free member phone number listed on your health plan ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m.

English

IMPORTANT LANGUAGE INFORMATION:

You may be entitled to the rights and services below. You can get an interpreter or translation services at no charge. Written information may also be available in some languages at no charge. To get help in your language, please call your health plan at: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. If you need more help, call DMHC Help Center at 1-888-466-2219.

Español (Spanish)

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL IDIOMA:

Usted podría tener los derechos y servicios que se indican a continuación. Puede obtener los servicios de un intérprete o de traducción sin cargo. En algunos idiomas, la información escrita también podría estar disponible sin cargo. Para recibir ayuda en su idioma, llame a su plan de salud: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Si necesita más ayuda, llame a la línea de ayuda de la DMHC Help Center al 1-888-466-2219.

繁體中文 (Traditional Chinese)

重要語言資訊：

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

您可能有權享有以下權利和服務。您可以免費取得口譯或翻譯服務。書面資訊也可能免費提供某些語言版本。如欲以您的語言取得協助，請致電您的健保計劃：ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / 聽力語言殘障服務專線 (TTY)：711。若您需要更多協助，請撥打 DMHC Help Center 協助專線 1-888-466-2219。

اللغة العربية (Arabic)
معلومات مهمة عن اللغة:

قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات وأدناه. يمكنك الحصول على مترجم فوري أو خدمات الترجمة بدون رسوم. ربما تتوفر أيضاً المعلومات المكتوبة بعدة لغات بدون رسوم. للحصول على المساعدة بلغتك، يُرجى الاتصال بخطتك الصحية على: ACN Group of California, Inc. بولاية على الرقم 1-800-1-800-428-6337 / TTY: 711. إذا احتجت لمزيد من المساعدة، يمكنك الاتصال بمركز المساعدة التابع لمنظمة صون الصحة (DMHC Help Center) على الرقم 1-888-466-2219.

Հայերեն (Armenian)
ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԶԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԼԵՉԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ:

Դուք կարող եք օգտվել ստորև նշված իրավունքներից և ծառայություններից: Դուք կարող եք անվճար օգտվել թարգմանչի ծառայություններից: Գրավոր տեղեկատվությունը կարող է նաև անվճար հասանելի լինել որոշ լեզուներով: Ձեր լեզվով օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Ձեր առողջապահական պլան հետևյալ համարով՝ ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Հավելյալ օգնության կարիքի դեպքում, զանգահարեք DMHC Help Center-ի Օգնության գիծ՝ 1-888-466-2219 h

ខ្មែរ (Khmer)

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីភាសា:

អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានសិទ្ធិនិងសេវាកម្មខាងក្រោម។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬសេវាបកប្រែឯកសារដោយឥតគិតថ្លៃ។ ព័ត៌មានជាសំណើអំពីការទាញយកជាភាសាមួយចំនួនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមលេខ: គម្រោង ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទជំនួយរបស់ DMHC Help Center តាមលេខ 1-888-466-2219។

فارسی (Farsi)
اطلاعات مهم زبانی:

ممکن است حق استفاده از حقوق و خدمات زیر را داشته باشید. شما می‌توانید مترجم یا خدمات ترجمه بدون هزینه دریافت کنید. همچنین ممکن است اطلاعات مکتوب به برخی زبان‌ها بدون پرداخت هزینه در دسترس باشد. برای دریافت کمک به زبان خود، لطفاً با طرح سلامت خود در این آدرس تماس بگیرید. ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. اگر به کمک و راهنمایی بیشتری نیاز دارید، با خط تلفنی کمک و راهنمایی DMHC Help Center به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi)

महत्वपूर्ण भाषा सूचना:

आप निम्नलिखित अधिकारों और सेवाओं के लिए पात्र हो सकते हैं। आप मुफ्त में दूभाषिया या अनुवाद सेवाओं का लाभ उठा सकते हैं। लिखित जानकारी शायद कुछ भाषाओं में मुफ्त में उपलब्ध हो सकती है। अपनी भाषा में सहायता के लिए, कृपया अपनी स्वास्थ्य योजना से संपर्क करें: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. अगर आपको और सहायता की जरूरत है, तो DMHC Help Center हेल्प लाइन 1-888-466-2219 पर कॉल करें।

Hmoob (Hmong)
TEJ NTAUB NTAUV HAVIS TXOG HOM LUS TSEEM CEEB:

Tej zaum koj yuav muaj cai raws li cov cai thiab cov kev saib xyuas hauv qab no. Yuav pab kws txhais lus rau koj los sis txhais ntau rau koj pub dawb. Tej zaum kuj cov ntaub ntau sau ua qee hom pub dawb rau koj thiab. Yuav tau txais kev pab txhais ua koj hom lus, ces thov hu rau koj qhov kev npaj kho mob rau ntauwm:

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

日本語 (Japanese)

言語についての重要な情報:

お客様は、次のような権利およびサービスを受ける資格をお持ちかもしれません。お客様は、通訳または翻訳サービスを無料でご利用いただけます。書面による情報も、いくつかの言語にて無料でご利用いただける場合があります。日本語での支援をご希望の方は、ご利用の医療保険プランにお電話ください: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 /

TTY: 711。さらに支援が必要な場合は、DMHC Help Center ヘルプライン (1-888-466-2219) にお電話ください。

한국어 (Korean)

중요한 언어 정보:

귀하는 다음의 권리와 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 귀하는 무료로 통역사 또는 번역 서비스를 받을 수 있습니다. 서면 정보 또한 일부 언어들로 무료로 이용할 수 있습니다. 귀하의 언어로 도움을 받으시려면, 다음으로 귀하의 건강보험에 전화하십시오. ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. 더 많은 도움이 필요하신 경우, DMHC Help Center 헬프라인에 1-888-466-2219 번으로 전화하십시오.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਭਾਸ਼ਾ ਸੰਬੰਧੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੁਝ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ DMHC Help Center ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-466-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский (Russian)

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЯЗЫКОВЫХ УСЛУГАХ:

Вы можете получить перечисленные ниже права и услуги. Вы можете бесплатно воспользоваться услугами устного или письменного переводчика. Письменная информация также может быть бесплатно предоставлена на нескольких языках. Чтобы получить помощь на Вашем языке, позвоните в свой план медицинского страхования: ACN Group of California, Inc., Калифорния 1-800-428-6337 / линия TTY: 711. За дополнительной помощью Вы можете обращаться в справочную службу DMHC Help Center по телефону 1-888-466-2219.

Tagalog (Tagalog)

MAHALAGANG IMPORMASYON SA WIKA:

Maaari kang maging karapat-dapat sa mga karapatan at serbisyo sa ibaba. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo ng interpreter o pagsasalín sa wika nang walang bayad. Ang nakasulat na impormasyon ay maaari ring maging available sa ilang wika nang walang bayad. Para makakuha ng tulong sa iyong wika, pakitawagan ang iyong health plan sa: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, tumawag sa Linya ng Tulong ng DMHC Help Center sa 1-888-466-2219.

ไทย (Thai)

ข้อมูลภาษาที่สำคัญ:

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

คุณอาจได้รับสิทธิ์และบริการดังนี้ คุณสามารถขอรับบริการล่ามหรือการแปลได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย
ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรอาจมีให้ในบางภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ
โปรดติดต่อแผนประกันสุขภาพของคุณที่: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711.
หากคุณต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรศัพท์ถึงศูนย์ช่วยเหลือของ DMHC Help Center ที่หมายเลข
1-888-466-2219

Tiếng Việt (Vietnamese)

THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ NGÔN NGỮ:

Quý vị có thể được hưởng các quyền và dịch vụ dưới đây. Quý vị có thể yêu cầu một thông dịch viên hoặc dịch vụ phiên dịch miễn phí. Thông tin dạng văn bản cũng có thể được cung cấp miễn phí ở một số ngôn ngữ. Để được trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, vui lòng gọi cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp, vui lòng gọi Đường dây trợ giúp DMHC Help Center theo số 1-888-466-2219.

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente (IMR)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Puede presentar su formulario de queja/solicitud de IMR en línea en:

www.DMHC.ca.gov

- ❖ **GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.
- ❖ **RÁPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 45 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- ❖ **EXITOSO:** Aproximadamente el **72** por ciento de los pacientes reciben el servicio solicitado a través de una IMR.
- ❖ **DEFINITIVO:** Los planes de salud deben acatar la decisión de la IMR y proveer el servicio con prontitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) _____

Género: Masculino Femenino Algo Más _____

Nombre del padre o tutor si el solicitante es menor de edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

¿Desea que le envíen mensajes/correspondencia a este correo electrónico? Sí No

Nombre del plan de salud _____ Núm. de membresía del paciente _____

Nombre del grupo médico (si está en uno) _____

Empleador _____

¿Desea que alguien lo ayude con su queja? Sí No

De ser así, llene el 'Formulario de asistente autorizado' adjunto.

¿Tiene Medi-Cal?

Sí No

De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal?

Sí No

¿Tiene Medicare o Medicare Advantage?

Sí No

¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud?

Sí No

¿Desea recibir un pago por un servicio de atención médica que ya recibió?

Sí No

De ser así, anote la(s) fecha(s) de servicio y el nombre del proveedor:

SU PROBLEMA DE SALUD (Use una hoja aparte y adjunte otros documentos de ser necesario)

¿Desea que su plan de salud pague servicios futuros?

Sí No

¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico del doctor? (sea específico) _____

¿Qué tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) está pidiendo? (sea específico) _____

¿Su plan de salud le negó, retrasó o modificó su tratamiento?

Si fue así, marque la razón que le dieron: (marque una opción):

No es medicamento necesario

Es experimental o de investigación

No es una emergencia/no es urgente

No es un beneficio cubierto

Otro (explicar a continuación)

Anote el nombre y el teléfono de su doctor de atención primaria y de otros proveedores que lo hayan visto, tratado o informado de su condición.

¿Ha visto a proveedores que no están dentro de su red en relación con esta condición?

Sí No

De ser así, incluya los registros médicos con este formulario.

Describa brevemente el problema que tiene con su plan de salud. Por ejemplo, explique si es el problema es acerca de un tratamiento denegado, una factura no pagada, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan de salud canceló su cobertura.

Divulgación de información médica

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan de salud. Solicito al Departamento que revise mi formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente para que determine si mi queja reúne los requisitos para una IMR o para el proceso de queja del consumidor del Departamento. Autorizo a mis proveedores, pasados y presentes, y a mi plan a divulgar mi información y registros médicos para que revisen este asunto. Estos registros podrían incluir informes médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros podrían también incluir registros no médicos y cualquier información relacionada con mi caso. Autorizo al Departamento a que revise estos registros e información y a que los envíe a mi plan. Mi autorización caducará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, a excepción de lo que permita la ley. Por ejemplo, la ley permite al Departamento continuar usando mi información internamente. Puedo revocar mi autorización más pronto si así lo deseo. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Nombre del paciente o padre (en letra de molde) _____

Firma del paciente o padre _____ Fecha _____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener la información para el envío por correo o fax.

PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará al Departamento a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al Departamento a que obtenga esta información para fines de investigación y estadística. Proporcionar esta información es opcional y no afectará de ninguna manera la decisión sobre la IMR o la queja.

Idioma principal que habla: _____

¿Desea que nos comuniquemos con usted/le enviemos mensajes en su idioma principal? Sí

Raza/origen étnico: _____

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

- Si desea dar permiso a otra persona para que lo asista con su queja o revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR), llene las partes A y B a continuación
- Si es un padre o tutor legal que presenta este formulario de queja/IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de la carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

PARTE A: COMPLETADA POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presenté ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento). Autorizo al personal del Departamento y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Nombre del paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (en letra de molde) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el paciente _____

Teléfono principal _____

Teléfono secundario _____

Correo electrónico _____

- Mi carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluida.

FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si tiene preguntas, llame al Departamento al 1-888-466-2219 o TDD al 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.

Antes de presentar el formulario:

En la mayoría de los casos, debe agotar el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una queja o solicitud de IMR ante el Departamento. Su plan de salud debe proporcionarle una decisión en un plazo de 30 días o de 3 días en caso de que su problema represente una amenaza seria e inmediata para su salud.

Si su plan de salud le negó el tratamiento debido a que era experimental/de investigación, usted no debe participar en el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una solicitud de IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de seis meses a partir de que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito referente a su apelación. Usted todavía puede presentar su solicitud después de seis meses si hubo circunstancias especiales que evitaron que la presentara de forma oportuna. Tenga en cuenta que, si decide no presentar una queja ante el Departamento por un asunto que reúne los requisitos para una IMR, podría renunciar a su derecho a emprender acciones legales contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.

Cómo presentar el formulario:

- 1) Preséntelo en línea en www.DMHC.ca.gov. **Esta es la manera más rápida.**

o

Llene y firme el formulario de queja/solicitud de IMR. Use el sobre que viene con el formulario.

- 2) Si desea que alguien lo ayude con su queja o IMR, llene el 'Formulario de asistente autorizado'. Tanto usted como su asistente autorizado deben firmar el formulario.
- 3) Si tiene registros médicos de proveedores **fuera de la red**, inclúyalos con su formulario de queja/solicitud de IMR. Su plan proveerá los registros médicos de los proveedores dentro de la red.
- 4) Puede incluir otros documentos que apoyen su solicitud. Sin embargo, no es necesario proveer ningún documento o carta entre usted y su plan en relación con su queja. El Departamento obtendrá esta información directamente de su plan como parte de la investigación.
- 5) Si no hace su presentación en línea, envíe su formulario y todos los documentos de apoyo por correo postal o fax a:

Department of Managed Health Care Help Center
980 9th Street Suite 500
Sacramento CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

¿Qué sucederá a continuación?

El Departamento determinará si su caso reúne los requisitos para una IMR o una queja. Un caso reúne los requisitos para una IMR si los servicios de atención médica se retrasaron, modificaron o denegaron con base en una necesidad médica o por ser experimentales/de investigación.

Los casos que no reúnen los requisitos para una IMR se procesan a través del proceso de queja del consumidor. Estos casos implican asuntos como la negación de un servicio de atención médica por no ser un beneficio cubierto, las disputas por el pago de una reclamación, la cancelación de la cobertura, la calidad de la atención y el deducible/los gastos de bolsillo. El Departamento le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si el Departamento decide que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevará a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente. Toda la información que el Centro de Ayuda ha relacionado con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará a la organización de revisión. La organización de revisión tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 45 días o dentro de siete días si su caso es urgente. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

Si el Departamento decide que su queja debe revisarse mediante el proceso de Queja del Consumidor, se tomará una decisión acerca de su asunto dentro de un plazo de 30 días. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

La Ley de Prácticas Informativas (Information Practices Act) de 1977 (artículo 1798.17 del Código Civil de California) requiere que se haga la siguiente notificación.

- La Ley Knox-Keene de California otorga al Departamento la autoridad para que regule los planes de salud e investigue las quejas de los miembros de los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del Departamento usa su información personal para investigar el problema que tiene con su plan de salud y para concederle una IMR si reúne los requisitos para una.
- Usted proporciona esta información al Departamento de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el Departamento podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El Departamento podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan, los proveedores y la organización de revisión que lleva a cabo la IMR.
- El Departamento podría también compartir su información con otras agencias gubernamentales como lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes de Registros del Departamento, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.