



FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES - MEDI-CAL

Por favor, llene el formulario en su totalidad y envíelo junto con toda la información solicitada directamente a:

Community Health Group
 ATTN: Grievance and Appeals Manager
 2420 Fenton Street, Suite 100
 Chula Vista, CA 91914
 Teléfono (619) 498-6578
 Fax (619) 476-3834

Usted tiene derecho a designar a alguien para que presente una queja o una apelación en su nombre. Primero debe dar su autorización por escrito. Si va a apelar una decisión de algún servicio que le negamos, tiene 60 días para presentar dicha apelación. Le informaremos de nuestra decisión 30 días después de recibir su apelación. Si siente que su caso necesita una revisión rápida por tener un dolor fuerte o el riesgo de perder la vida, alguna extremidad o función corporal, puede solicitar una revisión expedita. Para revisiones expeditas, nos comunicaremos con usted en tres días. Las quejas se pueden presentar en cualquier momento de conformidad con las nuevas regulaciones federales.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

¿Cuál es su nombre? _____ N.º de Seguro Social (Social Security Number, SSN): _____
 ¿Quién recibió o solicitó los servicios? _____ N.º de Seguro Social (Social Security Number, SSN): _____
 Dirección: _____ Número telefónico: _____
 ¿Quién fue el Proveedor de Atención Primaria en el momento en que usted o un familiar recibió o solicitó los servicios?

INFORMACIÓN / MOTIVO DE LA QUEJA O APELACIÓN

Fecha en que se presentó este formulario: _____

¿Esta es una solicitud para que CHG o un contratista de CHG cambie una decisión que ya se tomó? SÍ NO

¿Este asunto implica una amenaza grave a su salud, dolor fuerte o la posible pérdida de la vida, de alguna extremidad o una función corporal importante? Sí No (Si responde "Sí", el Director Médico o persona designada de CHG decidirá si se debe manejar el asunto de forma expedita).

SOLO PARA USO DE CHG

Respuesta del Director Médico de CHG: DE ACUERDO: _____ EN DESACUERDO: _____ FIRMA Y FECHA: _____

OBSERVACIONES: _____

¿Cuál es el motivo de la queja o apelación? (Marque todos los motivos que correspondan o explíquelos en la casilla "Otros")

	Asuntos relacionados con la disponibilidad de servicios (no pudo recibir la atención necesaria)		No está satisfecho con la respuesta a una queja
	Asuntos relacionados con el acceso a servicios de atención médica (tiempo de espera en el consultorio, entre otros).		Otros:

	Se le negó el servicio o la autorización para el servicio		
	Insatisfacción con el proveedor (el proveedor o el personal no fue de su agrado, etc.).		

Por favor, describa brevemente la situación que desea que CHG revise _____

¿Cómo desearía que se solucione su queja o apelación? _____

Por favor, incluya páginas adicionales si es necesario.

Por favor, marque aquí si desea que un Defensor del Miembro de CHG lo ayude con su apelación.

1. ¿Dónde recibió o a quién le solicitó los servicios? _____ (Dirección):

2. ¿Cuándo recibió o solicitó los servicios? _____

3. ¿Hay alguna otra cosa que deberíamos saber sobre su queja o apelación? _____

Firma del miembro _____

Fecha _____

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene alguna queja formal en contra de su plan de salud, primero comuníquese por teléfono con su plan de salud llamando al **(1-800-224-7766)** y utilice el sistema de su plan de salud para presentar quejas formales antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, con un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o con un reclamo que continúe sin ser resuelto por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, así como a decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o investigativa y a disputas por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento **<http://www.hmohelp.ca.gov>** ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si no está conforme con una decisión del CHG con respecto a una “necesidad médica”, puede solicitar una IMR del Departamento de Atención Médica Administrada de California. Si le enviamos este formulario y en ese momento era evidente para CHG que usted era potencialmente elegible para una IMR, encontrará incluido un formulario de solicitud de IMR. En ese caso, si decide elegir una IMR, por favor, use el formulario anexo y envíelo al Departamento de Atención Médica Administrada en el sobre adjunto. Si no se encontrara un formulario de solicitud de IMR incluido en este formulario y usted piensa que es elegible para un IMR, por favor, contáctenos de inmediato y le entregaremos un formulario de solicitud de IMR. También puede obtener un formulario de solicitud de una IMR en el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada: www.dmhc.ca.gov. Si no está seguro de ser elegible o no para una IMR o desea más información, por favor, llame al Departamento de Servicios al Miembro de CHG al **1-800-224-7766**.

Las decisiones que son elegibles para una IMR son aquellas en las que CHG o un contratista de CHG determinó que la solicitud de atención o servicio no era médicamente necesaria. Las solicitudes de beneficios, además de los incluidos en el paquete de beneficios, no son elegibles para una IMR.

La IMR es realizada por una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). Una IRO no está conectada de ninguna forma con CHG y está bajo contrato con el Departamento de Atención Médica Administrada. CHG debe acatar la decisión de la IRO y cumplir con sus instrucciones, como lo exige el Departamento de Atención Médica Administrada. Usted no es responsable de los costos de la IMR.

Para ser elegible para una IMR, debe solicitarla dentro de los 180 días (seis meses) siguientes a la fecha en que se le notificó acerca de la decisión de denegación, retraso o modificación de una aprobación o pago de un servicio de atención médica. Si no solicita la IMR en ese lapso, la IRO no podrá revisarla, a menos que el Departamento de Atención Médica Administrada exija lo contrario.

Como miembro de Medi-Cal, también puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud de California al **1-888-452-8609** o solicitar una audiencia imparcial a través el Departamento de Servicios Sociales del estado, llamando al **1-800-952-5253**. Puede solicitar una audiencia imparcial primero antes de acudir al proceso de apelaciones o puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento durante el proceso de apelaciones.



Community Health Group materials are available in English, Arabic, Spanish, Tagalog and Vietnamese. Please call 1-800-224-7766. Language assistance services are provided free of charge.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, árabe, español, tagalo y vietnamita. Por favor, llame al 1-800-224-7766. Los servicios de asistencia lingüística se ofrecen de forma gratuita.

Materiales Community Health Group ay magagamit sa Ingles, Arabic, Espanyol, Tagalog at Vietnamese. Mangyaring tumawag sa 1-800-224-7766. Ang Serbisyo ng ito ay ibinibigay ng walang bayad.

موارد ال كميونتي هيلث كروب متوفرة في اللغات الانكليزية والعربية والاسبانية والتغالوغ والفيتنامية. الرجاء الاتصال على 1-800-224-7766. خدمات الترجمة تقدم لكم مجاناً.

Chúng tôi có những tài liệu bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, Tagalog, tiếng Việt và tiếng ẢRập. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766. Ngôn ngữ hỗ trợ dịch vụ được cung cấp miễn phí.