



**SUS DERECHOS  
AMPARADOS POR ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDI-CAL  
(MEDI-CAL MANAGED CARE)**

---

**SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU TRATAMIENTO MÉDICO, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE SU PLAN DE SALUD.**

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de “Aviso de Acción” para presentar una apelación. Sin embargo, **si actualmente obtiene tratamiento y desea continuar obteniéndolo, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha postal o de la fecha de entrega de esta carta, O antes de la fecha en la que los servicios no continuarán prestándose, según lo indicado en su plan de salud. Debe indicar que desea seguir obteniendo el tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o a través de medios electrónicos:

- Por teléfono: comuníquese con Community Health Group las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al número 1-800-224-7766. O, si no puede escuchar o hablar bien, por favor, llame al teletipo (TTY) 1-855-266-4584.
- Por escrito: complete un formulario de apelación o escriba una carta y envíela a:

Community Health Group  
Health Care Services Division  
2420 Fenton Street, Suite 100  
Chula Vista, CA 91914

En el consultorio de su médico tendrán formularios de apelación disponibles. Su plan de salud también podrá enviarle un formulario.

- A través de medios electrónicos: visite el sitio web de su plan de salud. Visite <http://www.chgsd.com/>

Usted mismo puede presentar una apelación. O puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, médico o abogado que presente una apelación por usted. A esta persona se le denominará “representante autorizado.” Puede enviar cualquier cosa que desee que su plan de salud revise. Un médico distinto al médico que tomó la primera decisión revisará su apelación.



Su plan de salud tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, recibirá una carta de “Aviso de Resolución de la Apelación”. En esta carta se le informará sobre lo que decidió el plan de salud. **Si no recibe una carta dentro de 30 días, usted podrá:**

- Solicitar una “**Revisión Médica Independiente**” (“**Independent Medical Review**”, **IMR**) y un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revisará su caso.
- Solicite una “**Audiencia Estatal**” y un juez revisará su caso

Por favor, lea la sección que se indica a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una IMR o una Audiencia Estatal.

### **PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN EXPEDITA:**

Si considera que esperar 30 días podría perjudicar su salud, puede obtener una respuesta dentro de 72 horas. Cuando presente su apelación, indique por qué esperar podría perjudicar su salud. Asegúrese de solicitar una “**apelación expedita**”.

---

### **SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA APELACIÓN**

Si presentó una apelación y recibió una carta de “Aviso de Resolución de la Apelación” en la cual se le informa que su plan de salud no seguirá prestando los servicios, o **nunca recibió una carta en la cual se le informe sobre la decisión y han transcurrido 30 días**, usted podrá:

- Solicitar una **IMR** y un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revisará su caso.
- Solicite una “**Audiencia Estatal**” y un juez revisará su caso

#### **Puede solicitar tanto una IMR como una Audiencia Estatal al mismo tiempo.**

También puede solicitar una primero que la otra para ver si puede resolver su problema antes. Por ejemplo, si solicita primero una IMR, pero no está de acuerdo con la decisión, aún podrá solicitar una Audiencia Estatal posteriormente. Sin embargo, si solicita primero una Audiencia Estatal, pero ya se celebró la audiencia, no podrá solicitar una IMR. En este caso, la Audiencia Estatal tendrá la última palabra.

No tendrá que pagar por la IMR ni por la Audiencia Estatal.

## **REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)**

Si desea una IMR, primero deberá presentar una apelación ante su plan de salud. Si no recibe respuesta de su plan de salud dentro de 30 días o si no está satisfecho con la decisión de su plan de salud, entonces podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR dentro de los **180 días** a partir de la fecha de la carta de “Aviso de Resolución de la Apelación.”

**Podrá obtener inmediatamente una IMR sin necesidad de presentar una apelación primero. Esto se realiza en aquellos casos en los cuales su salud se encuentra en peligro inminente o la solicitud se negó porque el tratamiento se considera experimental o en fase de investigación.**

El siguiente párrafo le proporciona información sobre cómo solicitar una IMR. Tenga en cuenta que el término “reclamo” se refiere tanto a “quejas” como a “apelaciones”.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene un reclamo en contra de su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-224-7766** y utilizar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de contactar al 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 usted necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que no se resolvió pasados los 30 días, usted puede llamar al departamento para recibir asistencia. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso le suministrará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, a las decisiones de cobertura por tratamientos que son experimentales o en fase de investigación por su naturaleza o a las disputas de pagos por emergencia o servicios médicos de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas y del habla. El sitio web del Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) contiene formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

---

---

## **AUDIENCIA ESTATAL**

Si desea una Audiencia Estatal, debe solicitarla dentro de los **120 días** a partir de la fecha de esta carta de “Aviso de Resolución de la Apelación.” Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono o por escrito:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-952-5253**. Este número puede estar muy ocupado. Podrá recibir un mensaje para que llame más tarde. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor, llame al **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Por escrito:** complete un formulario para solicitar una Audiencia Estatal o envíe una carta a:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social y la razón por la cual desea una Audiencia Estatal. Si alguien le presta ayuda para solicitar una Audiencia Estatal, incluya su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de que solicite una Audiencia Estatal, puede tomar hasta 90 días decidir su caso y enviarle una respuesta. Si considera que esperar tanto podría perjudicar su salud, podrá recibir una respuesta dentro de 3 días hábiles. Solicítele a su médico o a su plan de salud que redacte una carta por usted. La carta debe explicar con detalle cómo el hecho de esperar 90 días para que se decida su caso podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su habilidad para alcanzar, mantener o recuperar su función al máximo. Entonces, asegúrese de solicitar una “**audiencia expedita**” y suministre una carta con su solicitud para una audiencia.

Podrá hablar usted mismo en la Audiencia Estatal. O algún pariente, amigo, defensor, médico o abogado podrá hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informarle a la oficina de la Audiencia Estatal sobre la persona autorizada para hablar por usted. A esta persona se le denominará “representante autorizado.”

## **ASISTENCIA LEGAL**

Puede obtener asistencia legal gratuita. Llame al Centro del Consumidor para Educación sobre la Salud y Defensa de sus Derechos al 1-877-734-3258. También puede llamar a la Sociedad de Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.