



Anexo E

FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES - HEALTHY FAMILIES

Por favor, complete todo el formulario y envíelo junto con cualquier otra información que se le haya solicitado directamente a:

Community Health Group
Grievance and Appeal Coordinator
740 Bay Blvd.
Chula Vista, CA 91910
(619) 498-6578
Fax: (619) 476-3834

Por favor tome nota: Usted tiene derecho a nombrar a otra persona para que presente el formulario de quejas o apelaciones por usted. Sin embargo, debe dar su autorización por escrito.

INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIPANTE

¿Cuál es su nombre? _____ Número de Seguro Social (SSN): _____

¿Quién recibió o solicitó los servicios? _____ Número de Seguro Social (SSN): _____

Domicilio: _____ Número de teléfono: _____

¿Quién era el médico de atención primaria al momento en que usted o el miembro de su familia recibió o solicitó los servicios? _____

INFORMACIÓN / MOTIVO DE LA QUEJA O APELACIÓN

Fecha en que se presentó el formulario: _____

¿Es ésta una solicitud para que CHG o un contratista de CHG cambie una decisión que ha ya se ha tomado? SI NO

¿Implica este asunto una amenaza seria e inminente a su salud, dolor severo o la posible pérdida de la vida, de una extremidad, o una seria disfunción del cuerpo? Sí No (Si su respuesta es "Sí", entonces el Director Médico de CHG, o la persona designada, decidirá si debe dársele atención inmediata).

PARA USO EXCLUSIVO DE CHG

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

COMENTARIOS: _____

¿Cuál es el motivo de la queja o apelación? (Marque todos los que correspondan o explique sus motivos en donde dice "Otros")

	Asuntos relacionados con la disponibilidad de los servicios (no pudo obtener la atención médica que necesitaba).		No está satisfecho(a) con la resolución a una queja.
	Asuntos relacionados con el acceso a los servicios de atención (tiempo de espera en el consultorio, etc.).		Otros:
	El servicio o la autorización para el servicio le fue denegado.		
	No está satisfecho(a) con el proveedor (el proveedor o el personal del consultorio no fueron de su agrado)		

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

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

Por favor, si es necesario agregue página(s) adicionales

Por favor, marque aquí si desea que un asesor de participantes de CHG le ayude con su apelación

1. ¿En dónde recibió o de quién solicitó los servicios? _____
(Domicilio)

2. ¿Cuándo recibió o solicitó los servicios? _____

3. ¿Alguna otra información que debamos saber sobre su queja o apelación? _____

Firma del participante

Fecha

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC por sus siglas en inglés) es responsable de regular los planes de servicios de asistencia médica. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-800-224-7766** y utilizar su proceso de quejas formales antes de contactar al Departamento. El utilizar estos procesos de quejas formales no le impide usar cualquier otro remedio o derecho legal posible que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda en relación con un conflicto que no haya sido resuelto satisfactoriamente por su plan de salud, o con una queja formal que tenga más de 30 días sin haberse resuelto, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. Usted también puede ser elegible para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés) Si resulta elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR), el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica de los servicios o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura por tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflicto por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y con una línea TDD (**1-877-688-9891**)

para las personas con problemas del habla o de audición. La página de Internet del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov> cuenta con formularios para quejas e instrucciones en línea.

Si no está satisfecho(a) con una decisión de “necesidad médica” de CHG, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) al 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, entonces encontrará incluido un formulario de solicitud de IMR. En ese caso, si usted elige solicitar la Revisión Médica Independiente, por favor complete el formulario adjunto y envíelo al Departamento de Atención Médica Administrada en el sobre que también se incluye. Si no se encontrara un formulario de solicitud de IMR adjunto a este formulario y usted piensa que es elegible para una IMR, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y le proporcionaremos un formulario de solicitud. También puede obtener un formulario de solicitud de IMR en la página de Internet del Departamento de Atención Médica Administrada: www.dmhc.ca.gov. Si no está seguro(a) de ser elegible o no para una IMR, o si desea obtener mayor información, por favor llame al Departamento de Servicios a Participantes de CHG al **1-800-224-7766**.

Las decisiones que son elegibles para una Revisión Médica Independiente son aquéllas en las que CHG o un contratista de CHG decidió que la solicitud para atención médica o servicios no era médicamente necesaria. Las solicitudes para otras prestaciones además de las incluidas en su paquete de prestaciones no son elegibles para una IMR.

Las Revisiones Médicas Independientes son llevadas a cabo por una organización de revisión independiente (IRO). Una IRO no está conectada de ninguna manera con CHG, y está bajo contrato con el Departamento de Atención Médica Administrada. CHG debe acatar la decisión de IRO y seguir sus instrucciones, como lo requiere el Departamento de Atención Médica Administrada. Usted no es responsable por los gastos derivados de una IMR.

Para ser elegible para una Revisión Médica Independiente, usted debe solicitarla dentro del lapso de 180 días (seis meses) a partir de la fecha en la que fue notificada la decisión de negar, retrasar o modificar la autorización o pago por el servicio de atención médica. Si usted no solicita la IMR dentro de ese límite de tiempo, no podrá ser revisada por la IRO a menos que el Departamento de Atención Médica Administrada lo requiera de otra manera.

Community Health Group materials are available in English, Spanish, Vietnamese and Arabic. Please call 1-800-224-7766.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, español, vietnamita y árabe. Por favor llame al 1-800-224-7766.

Tài liệu của Community Health Group hiện có bằng tiếng Anh, Tây Ban Nha, Việt Nam và Ả-Rập. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766.

منشورات Community Health Group متوفرة باللغات الإنكليزية، الإسبانية، الفيتنامية، و العربية. للمزيد من المعلومات الرجاء الإتصال بـ 1-800-224-7766.

