

Formulario de apelación del miembro

Nombre del miembro: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección del miembro: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de identificación de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del doctor: _____

Apelación

¿Qué desea apelar? (Enumere los artículos, servicios o medicamentos que se rechazaron, aplazaron o modificaron) _____

¿Cuándo se rechazaron? (Especifique la fecha en que se rechazaron. Puede ser la fecha en su carta de notificación) _____

¿Por qué decidió apelar? (Explique por qué es medicamento necesario para usted) _____

Enumere los registros que envía con este formulario: (Por ejemplo, una copia de las notas de su doctor o una radiografía). _____

¿Ha recibido otros medicamentos o tratamientos? Sí No Si su respuesta es "sí", explique: _____

¿Necesitará ayuda con el idioma? Sí No Idioma: _____

Sus Derechos

Health Plan of San Joaquin me enviará la resolución de la apelación dentro de los 30 días de haberla recibido.

Mi colaboración es voluntaria.

Tengo derecho a darme de baja.

Tengo derecho a comunicarme con el Departamento de Cuidado Médico Controlado.

Tengo derecho a una audiencia imparcial estatal (miembros de Medi-Cal únicamente).

Firma

Fecha

Autorizo a Health Plan of San Joaquin a obtener los registros médicos, registros de reclamos u otros registros. Estos se usarán para mi apelación.

Firma

Fecha

¿Desea que su doctor presente una apelación por usted? Sí No Si su respuesta es "sí": Autorizo a mi doctor _____ (mencione el nombre del doctor) a presentar una apelación en mi nombre.

Firma

Fecha

¿Alguien lo ayudó a llenar este formulario? Sí No Si su respuesta es "sí":

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma

Fecha

SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL MANAGED CARE

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted puede:

- Solicitar una "**Revisión Médica Independiente**" (IMR, por sus siglas en inglés) y una organización de revisión externa que no esté relacionada con el plan de salud revisará su caso.
- Solicitar un "**audiencia estatal**" y un juez revisará su caso.

Puede solicitar una IMR y una audiencia estatal al mismo tiempo. También puede solicitar uno antes que el otro para ver si llega a resolver su problema primero. Por ejemplo, si solicita una IMR primero, pero no está de acuerdo con la decisión, usted todavía puede solicitar una audiencia estatal después. Sin embargo, si solicita una audiencia estatal primero, pero la audiencia ya comenzó, no podrá solicitar una IMR.

No necesita pagar por una IMR o una audiencia estatal.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Si desea una IMR, debe solicitar una IMR dentro de los 180 días de la fecha de la carta de "Aviso de Resolución de Apelación". El siguiente párrafo le proporcionará información sobre cómo solicitar una IMR. En este párrafo, el término "reclamo" significa la misma cosa que "apelación".

El California Department of Managed Health Care es responsable de controlar los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono su plan de salud al **209-942-6320** y utilizar el proceso de reclamo de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El utilizar este procedimiento de reclamos no prohíbe cualquier derecho o recurso potencial que pueda estar a su disponibilidad. Si necesita ayuda con un reclamo que implique una situación de emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente, o un reclamo que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, la cobertura de las decisiones para tratamientos experimentales o de investigación y disputas de pagos por servicios médicos de emergencias o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea de TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas y del habla. El sitio web de internet del Departamento (**<http://www.dmhc.ca.gov>**) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

AUDIENCIA ESTATAL

Si desea una audiencia estatal, debe solicitar una dentro de los siguientes **120 días** a partir de la fecha de esta carta. No obstante, **si actualmente recibe tratamiento y desea seguir en él, debe solicitar una audiencia estatal dentro de los siguientes 10 días** a partir de la fecha en que se le colocó un sello postal a esta carta, le fue entregada, o antes de la fecha que su plan de salud indique que se culminarán o reducirán los servicios. Por favor indique que desea continuar con su tratamiento cuando usted solicite la audiencia justa estatal.

Usted puede solicitar una audiencia estatal por teléfono o por escrito:

- Si decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, sírvase a llamar al **1-800-743-8525**. Este número puede estar muy ocupado, así que puede que reciba un mensaje para que vuelva a llamar más tarde. Si tiene problemas del habla o la audición, por favor llame a **TTY/TDD al 1-800-952-8349**.
- Si usted decide solicitar una audiencia estatal por escrito, debe llenar un formulario de la audiencia estatal o enviar una carta a:

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

Adjunto encontrará un formulario de audiencia estatal para usted. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social y la razón por la que desea una audiencia estatal. Si alguien lo ayuda a solicitar una audiencia estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si usted necesita de un intérprete, háganos saber qué idioma habla, y nosotros le proporcionaremos uno gratuitamente.

Después de solicitar una audiencia estatal, podría tomar hasta 90 días para decidir su caso y le enviaremos una respuesta. Si considera que esperar mucho tiempo causará daño a su salud, es posible que pueda obtener una respuesta en 72 horas. Pídale a su médico o plan de salud que escriban una carta por usted. La carta debe explicar en detalle cómo el esperar hasta 90 días por una decisión para su caso pone en serio peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. Luego, solicite una **"audiencia expedita,"** y proporcione la carta con su solicitud de la audiencia.

AYUDA LEGAL

Usted mismo puede hablar en la Audiencia estatal o alguien más puede hacerlo, incluso un familiar, amigo o un abogado. Si desea que otra persona hable por usted, entonces usted mismo debe pedirselo. Es posible que pueda conseguir ayuda legal gratis. Esto también aplicará cuando solicite una apelación, si llegara a hacerlo. Llame a la **1-800-952-5210**. También puede llamar a la local Legal Aid Society (sociedad de ayuda legal) en su condado **1-888-804-3536**.

Discriminar es ilegal. Health Plan of San Joaquin cumple las leyes estatales y federales de derechos civiles. Health Plan of San Joaquin no discrimina de forma ilegal. No excluye a las personas ni las trata diferente. Esto podría ser por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, grupo étnico o edad. O bien, por discapacidad mental o física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Health Plan of San Joaquin brinda:

- Ayuda y servicios gratis a personas con una discapacidad para que se comuniquen mejor. Por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes titulados de lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma primario no es el inglés. Por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes titulados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a HPSJ. Llame al 888.936.7526 de lunes a viernes, 8:00 a. m.-5:00 p. m. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea TTY/TDD 711. Aquí podrá usar el Servicio de Retransmisión de California. Si lo pide, le haremos llegar este documento en braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles. Para obtener una copia en estos otros formatos, llame o escriba:

Health Plan of San Joaquin
7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231
888.936.PLAN (7526), TTY/TDD 711

CÓMO HACER UNA QUEJA FORMAL

Puede hacer una queja formal si cree que HPSJ no brindó estos servicios o lo discriminó de forma ilegal. Podría ser por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, grupo étnico o edad. O bien, por discapacidad mental o física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. Haga la queja formal ante el coordinador de derechos civiles de HPSJ, el jefe de cumplimiento. Puede hacerla por teléfono, por escrito, en persona o en línea:

- Por teléfono: Llame al 888.936.7526 de lunes a viernes, 8:00 a. m.-5:00 p. m. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea TTY/TDD 711.



Llame gratis al número de Servicio al Cliente, al 888.936.PLAN (7526), TTY/TDD 711. Health Plan of San Joaquin está abierto de lunes a viernes, 8:00 a. m.-5:00 p. m. Visite nuestro sitio web, www.hpsj.com.

- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta. Debe enviarlos a la siguiente dirección: Health Plan of San Joaquin
Attn: Grievance and Appeals
Department 7551 S. Manthey Road
French Camp, CA 95231
888.936.PLAN (7526) (TTY/TDD: 711)
Por fax: 209.942.6355
- En persona: Visite el consultorio de su doctor o las oficinas de HPSJ. Diga que quiere presentar una queja formal.
- En línea: Visite el sitio web de Health Plan of San Joaquin, www.hpsj.com.

Si necesita ayuda para hacer una queja formal, contacte a un representante de Servicio al Cliente.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD DE CALIFORNIA

También puede hacer una queja sobre derechos civiles. Preséntela ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Cuidado de la Salud de California. Para ello, llame, escriba o mande un correo electrónico:

- Por teléfono: Llame al **916.440.7370**. Si tiene problemas para oír o hablar, llame al 711 (Servicio de Retransmisión).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta. Debe enviarlos a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Puede obtener formularios de queja en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- En línea: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU.

Si cree que alguien lo discriminó por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja sobre derechos civiles. Preséntela ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para ello, llame, escriba o visite el sitio web:

- Por teléfono: Llame al **1.800.368.1019**. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea **TTY/TDD 1.800.537.7697**.



Llame gratis al número de Servicio al Cliente, al 888.936.PLAN (7526), TTY/TDD 711. Health Plan of San Joaquin está abierto de lunes a viernes, 8:00 a. m.-5:00 p. m. Visite nuestro sitio web, www.hpsj.com.

- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta. Debe enviarlos a la siguiente dirección:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Puede obtener formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- En línea: Visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



Llame gratis al número de Servicio al Cliente, al 888.936.PLAN (7526), TTY/TDD 711. Health Plan of San Joaquin está abierto de lunes a viernes, 8:00 a. m.-5:00 p. m. Visite nuestro sitio web, www.hpsj.com.

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **888.936.7526, TTY/TDD 711**. These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **888.936.7526, TTY/TDD 711**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ **888.936.7526, TTY/TDD 711**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուշադրութեամբ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **888.936.7526, TTY/TDD 711**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **888.936.7526, TTY/TDD 711**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **888.936.7526, TTY/TDD 711**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **888.936.7526, TTY/TDD 711**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **888.936.7526, TTY/TDD 711**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **888.936.7526, TTY/TDD 711**。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **888.936.7526, TTY/TDD 711** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **888.936.7526, TTY/TDD 711** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **888.936.7526, TTY/TDD 711** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **888.936.7526, TTY/TDD 711** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **888.936.7526, TTY/TDD 711**へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **888.936.7526, TTY/TDD 711**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **888.936.7526, TTY/TDD 711** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **888.936.7526, TTY/TDD 711** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທງໂລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ

ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ਆਪਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **888.936.7256 (линия TTY/TDD711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **888.936.7256 (линия TTY/TDD 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **888.936.7526, TTY/TDD 711**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al

888.936.7526, TTY/TDD 711. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **888.936.7526, TTY/TDD 711** นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **888.936.7526, TTY/TDD 711** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Các dịch vụ này đều miễn phí.