

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO	
N.º de la política y TÍTULO: Reclamos legales y revisión judicial	
Responsable primario de la política: Cumplimiento	N.º DE POLÍTICA: CMP30
Responsable afectado o secundario de la política: Marque los departamentos a cargo del cumplimiento de la política o los procedimientos descritos (puede ser de manera total o parcial).	
1) <input checked="" type="checkbox"/> Todos los departamentos 2) <input type="checkbox"/> Salud del Comportamiento 3) <input type="checkbox"/> Administración de Beneficios 4) <input type="checkbox"/> Manejo del Cuidado 5) <input type="checkbox"/> Reclamos 6) <input type="checkbox"/> Mercado de la Comunidad y Participación de los Miembros 7) <input type="checkbox"/> Cumplimiento 8) <input type="checkbox"/> Configuración 9) <input type="checkbox"/> Contratación de Proveedores 10) <input type="checkbox"/> Cultura y Lingüística 11) <input type="checkbox"/> Servicio al Cliente	12) <input type="checkbox"/> Centros 13) <input type="checkbox"/> Finanzas 14) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos 15) <input type="checkbox"/> Tecnología de la Información/ Sistemas Principales 16) <input type="checkbox"/> Farmacia 17) <input type="checkbox"/> Redes de Proveedores 18) <input type="checkbox"/> Mejora de la Calidad y Equidad en Salud 19) <input type="checkbox"/> Administración de Utilización
TIPO DE PRODUCTO: <input checked="" type="checkbox"/> Medi-Cal	Reemplaza a la política n.º: No disponible.

I. PROPÓSITO

Esta política tiene por objeto establecer el proceso para la presentación de reclamos a la Comisión de Salud del condado de San Joaquin ("Comisión"), que opera y realiza actividades comerciales como Health Plan of San Joaquin and Mountain Valley Health Plan ("Plan de salud"), de conformidad con esta política, la [división 3.6 del título 1 del Código del Gobierno de California](#) (CGC) y todas las leyes y regulaciones aplicables. [Los casos que requieren revisión judicial se rigen conforme a la sección 1094.6 del Código de Procedimientos Civiles de California](#) (CCCP).

II. POLÍTICA

- A. **Aspectos generales:** Como agencia pública, el Plan de salud está sujeto a la [división 3.6 del título 1 del CGC](#) en lo relativo a reclamos contra agencias públicas. Todos los reclamos de dinero o por daños contra el Plan de salud, que no se rijan por otras leyes o regulaciones explícitamente relacionadas con ellos, se deben presentar conforme al [capítulo 1](#) (a partir de la sección 900) y el [capítulo 2](#) (a partir de la sección 910) de la parte 3, división 3.6 del título 1 del CGC antes de iniciarse el procedimiento judicial.
- B. **Presentación de reclamos:** Excepto lo establecido en la sección II. A, los reclamos que se presenten al Plan de salud se tratarán conforme a esta política. Entre estos reclamos por escrito se incluyen los siguientes: reclamos verificados, avisos de intención de tomar medidas judiciales, citaciones y quejas, así como todos los documentos que podrían reunir los criterios para iniciar un reclamo contra una entidad pública según se define en las secciones 910 y 910.2 del CGC. Los reclamos por escrito deben contener información suficiente para que el Plan de salud pueda llevar adelante una investigación minuciosa. Los reclamos deben estar dirigidos al departamento Standards and Compliance del Plan de salud y enviarse a 7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231.
- C. **Reclamos exceptuados:** De acuerdo con la autoridad establecida en la sección 935 del CGC, los procedimientos de reclamo para reclamos de dinero o por daños contra el Plan de salud, que estén exceptuados de los requisitos de presentación establecidos en la sección 905 del CGC y que no estén regulados por otras leyes o regulaciones explícitamente relacionadas con ellos, se registrarán por los procedimientos establecidos en esta política. Salvo las excepciones contenidas en la sección 905 del CGC, no se podrá presentar ninguna acción basada en un reclamo o demanda de dinero o por daños contra el plan de salud, ninguno de los miembros de su Comisión, sus funcionarios, empleados o agentes, a menos que se presente ante la Comisión y se hayan tomado medidas según se establece en este documento.

D. **Plazos:** Todos los reclamos deben presentarse dentro de los plazos límite y de las maneras establecidas en las secciones 910 a 915.2 del CGC. Estos reclamos estarán sujetos, además, a las disposiciones de la sección 945.4 del CGC en lo que respecta a la prohibición de llevar adelante acciones judiciales sin que se hayan presentado reclamos a la Comisión de Salud del Plan de salud ni se hayan tomado medidas.

E. **Reclamos fuera del plazo e insuficientes:**

1. Si el director general (CEO), o la persona que este designe cuando no esté disponible, determina que un reclamo no cumple en gran medida con los requisitos de presentación de las secciones 910 y 910.2 del CGC o con los requisitos sobre el formulario con el que se debe presentar el reclamo según la sección 910.4 de dicho código, la persona designada puede dar aviso por escrito de la insuficiencia conforme a las secciones 910.8 y 915.4 del CGC.
2. Si un reclamo no se presenta dentro de los plazos límite que se establecen en la sección 911.2 del CGC, el director general o la persona que este designe cuando no esté disponible están autorizados a devolver el reclamo sin tomar ninguna medida, conforme a la sección 911.3 de dicho código sobre el requisito de presentarlo dentro de los seis (6) meses o a rechazar los demás reclamos de acuerdo con la sección 913 del CGC.
3. La presentación de reclamos dentro de los plazos correspondientes es una condición suspensiva para entablar cualquier acción contra el Plan de salud conforme a esta política y procedimiento.

F. **Reclamos de menor cuantía:** En casos de acciones contra el Plan de salud por reclamos de menor cuantía en los que se mencione a una persona que no tiene conocimiento personal del reclamo, se podrá sustituir a dicha persona por un representante que tenga mayor conocimiento sobre comparecencias ante un tribunal.

G. Funciones delegadas de la Comisión de Salud y autoridad de resolución

1. Reclamos contra el Plan de salud
 - a. El director general o la persona que este designe cuando no esté disponible están autorizados a llevar adelante las funciones de la Comisión de Salud que se indican en la parte 3, división 3.6 del título 1 del CGC.
 - b. Esta delegación incluye la autoridad de rechazar y admitir, establecer acuerdos o resolver los reclamos, siempre que el monto que deba pagar la tesorería del Plan de salud no supere el monto vigente establecido en la [sección 935.4 del CGC](#) en el momento de la decisión. No obstante lo anterior, cuando el monto vigente establecido por la [sección 935.4 del CGC](#) en el momento de la decisión que deba pagar la tesorería del Plan de salud exceda la autoridad para firmar del director del departamento, el director general en persona (y no la persona que este haya designado) deberá aprobar la admisión, el acuerdo o la resolución de los reclamos.
2. Acciones contra el Plan de salud: Se establece lo siguiente conforme a las secciones 913 de la parte 3 y 949 de la parte 4, división 3.6 del título 1 del CGC:
 - a. El director general, con la ayuda de un asesor legal, está autorizado a establecer acuerdos para conciliar acciones pendientes, siempre que el monto vigente establecido por la sección 935.4 del CGC en el momento de la decisión que deba pagar la tesorería del Plan de salud no exceda la autoridad para firmar del director general.
 - b. La Comisión de Salud podría autorizar (según cada caso) al director general, con la ayuda de un asesor legal, a establecer acuerdos para conciliar acciones pendientes, siempre que el monto vigente establecido por la [sección 935.4 del CGC](#) en el momento de la decisión que deba pagar la tesorería del Plan de salud no exceda la autoridad para firmar del director general.
 - c. El director general o la persona que este designe deberá informar los acuerdos a la Comisión de Salud al menos una vez al año.

- H. **Revisión judicial:** Conforme a la sección 1094.6 del Código de Procedimientos Civiles de California, los pedidos de revisiones judiciales de las decisiones tomadas por el Plan de salud se deben presentar dentro de los noventa (90) días siguientes a la emisión de la decisión definitiva.
- I. **Formulario de reclamo:** Conforme a la sección 910.4 del CGC, el Plan de salud implementa y brinda un formulario de reclamo para uso público. Dicho formulario es el Anexo A adjunto al presente. Todos los reclamos contra el Plan de salud deben presentarse utilizando el formulario de reclamo del Plan de salud conforme a la sección 910.4 del CGC, o bien mediante un formulario que cumpla sustancialmente con los requisitos de presentación de reclamos establecidos en las secciones 910 y 910.2 del CGC. El director general tiene la autoridad de revisar el formulario de reclamo periódicamente según lo considere necesario.
- J. **Agotamiento de los recursos administrativos:** Nada de lo que se incluye en el presente pretende disminuir, eliminar o no exigir las obligaciones legales o contractuales de agotar los recursos administrativos del Plan de salud antes de presentar un reclamo conforme a esta política.

III. PROCEDIMIENTO

- A. Se siguen todos los procedimientos aplicables descritos en la [sección 1094.6 del Código de Procedimientos Civiles de California](#) y la [división 3.6 del título 1 del Código del Gobierno de California](#).

IV. DOCUMENTOS ADJUNTOS

- A. Definiciones de los Planes de Cuidado Controlado de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (Anexo A, documento adjunto I, 1.0 Definiciones)
- B. [Enlace al glosario](#)
- C. Lista de acrónimos usados en los contratos de Cuidado Controlado de Medi-Cal (Anexo A, documento adjunto I, 2.0 Acrónimos)

V. REFERENCIAS

- A. [Sección 1094.6 del Código de Procedimientos Civiles de California.](#)
- B. [División 3.6 del título 1 del Código del Gobierno de California](#)
(secciones 900 a 915.2, 935, 935.4, 945.4 y 949, 28), así como todas las leyes y regulaciones aplicables.

VI. HISTORIAL DE REVISIÓN

* Versión 001 vigente desde 01/01/2023

Versión*	Resumen de la revisión	Fecha
000	Fechas de revisión anteriores: 10/21, 06/22, 07/23, 10/23	No disponible.
001	Se cambió la política a una nueva plantilla.	12/17/2023
002		
003		
Fecha de vigencia inicial: 11/1/2021		

VII. Revisión y aprobación del comité

Nombre del comité	Versión	Fecha
Comité de Cumplimiento	001	12/7/2023
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Supervisión de Privacidad y Seguridad 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Integridad del Programa 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Auditorías y Supervisión 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Revisión de Políticas 	001	11/15/2023
Comité de Administración de Utilización y Calidad		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Calidad en Operaciones 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Quejas Formales 		

VIII. APROBACIÓN DE AGENCIAS DE REGULACIÓN

Departamento	Revisor	Versión	Fecha
Departamento de Servicios de Cuidado Médico	No disponible.	No disponible.	No disponible.
Departamento de Cuidado Médico Controlado	No disponible.	No disponible.	No disponible.

IX. Firma de aprobación*

Firma	Nombre Cargo	Fecha
	Presidente, Comité de Revisión y Acreditación de Pares	
	Responsable de la política	
	Ejecutivo del departamento	
	Director general (CEO)	

* Las firmas se archivan; no estarán en la copia publicada.