



El Departamento de Atención Médica Controlada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, antes de llamar al departamento, debe usar el proceso de quejas formales de su plan. El número es **1-888-936-7526 (TTY 711)**. Seguir este proceso no le impedirá ejercer otros derechos legales o recursos disponibles. Llame al departamento si necesita ayuda con una queja formal por una emergencia, una queja formal no resuelta de manera satisfactoria por su plan de salud o una que siga sin resolverse después de 30 días. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). En ese caso, se hace una revisión imparcial de lo decidido por un plan de salud. Por ejemplo, las decisiones sobre la necesidad médica de un servicio o un tratamiento propuestos; decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación; y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratis **(1-888-466-2219)**. Y brinda una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, hay formularios de queja y de solicitud de IMR e instrucciones.

Para que entienda mejor sus derechos, Health Plan cambió su formulario de queja conforme a la sección 1367.043 del Código de Salud y Seguridad, y a las pautas del Departamento de Atención Médica Controlada y del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud. Tiene derecho a presentar una queja formal si considera que Health Plan, su personal o los proveedores no respetaron su identidad de género. También puede presentarla si le negaron cuidado médicamente necesario, con perspectiva de género o incluso para personas trans. El Plan de Salud se compromete a brindar cuidado respetuoso, inclusivo y equitativo a todos los miembros. Su opinión cuenta. Le recomendamos que comparta sus inquietudes. Así nos ayuda a seguir mejorando nuestro cuidado y servicios.



Nombre del miembro: _____
Apellido
Nombre
Inicial

Dirección del miembro: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

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 médicamente 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/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") 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 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: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma _____ Fecha _____

SUS DERECHOS

SEGÚN EL SERVICIO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDI-CAL

Si sigue sin estar de acuerdo con la decisión, puede hacer lo siguiente:

- Solicitar una revisión médica independiente para que un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revise su caso.
- Solicitar una audiencia estatal para que un juez revise su caso.

Puede solicitar una revisión médica independiente y una audiencia estatal al mismo tiempo. También puede solicitar una antes que la otra para ver si esta resolverá su problema primero. Por ejemplo, si solicita primero una revisión médica independiente, pero no está de acuerdo con la decisión, luego puede solicitar una audiencia estatal. Sin embargo, si solicita una audiencia estatal primero y esta ya ha tenido lugar, luego no podrá solicitar una revisión médica independiente. En este caso, en la audiencia estatal se toma la decisión definitiva.

No deberá pagar por una revisión médica independiente ni por una audiencia estatal.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si desea solicitar una revisión médica independiente, debe hacerlo dentro de los 180 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de resolución de apelación. El párrafo siguiente le proporciona información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente¹.

Tenga en cuenta que el término “queja formal” se refiere tanto a “quejas” como a “apelaciones”:

“El Departamento de Cuidado Médico Controlado de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero al plan de salud, al **(1-888-936-7526)**, y recurrir a su proceso de quejas formales antes de comunicarse con el departamento. Recurrir a este proceso de quejas formales no le quita ningún derecho ni recurso legal que esté a su disposición.

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto de forma satisfactoria o una queja formal que se ha dejado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (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 que estén relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, con las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y con disputas de pago por servicios médicos de emergencias vitales o leves. El departamento también tiene un número de teléfono gratis **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhca.gov**, hay formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

¹ Sección 1368.02(b) del Código de Salud y Seguridad (HSC). Busque el HSC en <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

AUDIENCIA ESTATAL

Si desea solicitar una audiencia estatal, debe hacerlo dentro de los 120 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de resolución de apelación. Sin embargo, si su plan de salud continuó brindándole el servicio en cuestión (pago de ayuda pendiente) durante el proceso de apelación, y usted quiere que el servicio continúe hasta tener el resultado de la audiencia estatal, debe solicitar la audiencia dentro de los 10 días posteriores a recibir esta carta de Aviso de Resolución de Apelación. Su plan de salud debe ofrecerle un pago de ayuda pendiente cuando solicita una audiencia estatal de esta manera. De todas formas, avise a su plan de salud que quiere obtener el pago de ayuda pendiente hasta que se decida la audiencia estatal. Comuníquese con Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan llamando al **1-888-936-PLAN (7526)**, 8 a. m.-5 p. m. Si tiene problemas para oír o hablar, llame al **711** (TTY).

Puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- En línea: **www.cdss.ca.gov**
- Por teléfono: Llame al **1-800-743-8525**. Este número puede estar muy ocupado. Es posible que reciba un mensaje para que le devuelvan la llamada más tarde. Si tiene dificultad para oír o hablar, llame a la línea TTY/TDD al **1-800-952-8349**.
- Por escrito: Complete un formulario de audiencia estatal o envíe una carta. Envíe el documento por correo o por fax a la siguiente dirección:

Correo postal: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

Fax: **1-916-309-3487** o a la línea gratuita **1-833-281-0903**

En esta carta se incluye un formulario de audiencia estatal. Cerciórese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social o número CIN y el motivo por el que quiere una audiencia estatal. Si alguien lo está ayudando a solicitar la audiencia estatal, indique su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indique a la División de Audiencias Estatales qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. La División de Audiencias Estatales le conseguirá uno. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias Estatales puede conseguirle adaptaciones especiales sin costo para que pueda ser parte de la audiencia. Incluya información sobre su discapacidad y la adaptación que necesita.

Después de solicitar una audiencia estatal, la decisión y respuesta sobre su caso pueden demorar hasta 90 días. Si cree que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, podría obtener una respuesta dentro de 3 días. Pídale a su doctor o plan de salud que escriba una carta por usted. La carta debe explicar en detalle de qué manera esperar 90 días para que se tome una decisión sobre su caso perjudicará gravemente su vida,

su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar el máximo desempeño. Luego, cerciórese de solicitar una audiencia acelerada y presente la carta junto con su solicitud de audiencia.

Puede hablar usted mismo en la audiencia estatal. O bien, puede pedirle a un familiar, amigo, defensor, doctor o abogado que lo haga por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informar a la División de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hacerlo. Esta persona se llama “representante autorizado”.

AYUDA LEGAL

Puede obtener ayuda legal gratis. Llame a los coordinadores de quejas y protección del consumidor al **1-800-952-5210**. También puede llamar a la asociación de ayuda legal local de su condado al **1-888-804-3536**.