

## FORMULARIO DE QUEJA

Complete y firme esta forma si desea hacer un reclamo o queja con su plan de salud y si:

- No está satisfecho con alguna decisión de su plan, o
- No ha recibido la decisión de su plan dentro de 30 días.

Si desea autorizar a otra persona que le ayude con su reclamo, deberá también completar el Formulario para el Asistente Autorizado.

**Si su reclamo se relaciona con un serio riesgo a la salud**, llame ahora mismo al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Las llamadas a estos números son gratuitas.

1-888-466-2219

TDD 1-877-688-9891

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián del joven menor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de día # \_\_\_\_\_ Teléfono de noche # \_\_\_\_\_

Nombre del plan de salud \_\_\_\_\_

Número de membresía del paciente\* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico\* \_\_\_\_\_ Número del grupo médico\* \_\_\_\_\_

*\*en la tarjeta del plan de salud*

- 1 ¿Tiene Medi-Cal?  Sí  No
- 2 ¿Tiene Medicare o Medicare Advantage?  Sí  No
- 3 ¿Ha hecho algún reclamo o queja a su plan de salud?  Sí  No
- 4 ¿Canceló el seguro su plan de salud?  Sí  No
- 5 Favor de explicar su reclamo: (Si es necesario, utilice una hoja separada.)

*Por ejemplo:* ¿Qué servicios quería que su plan o proveedor le proporcionaran?

¿Qué estuvo mal del servicio que recibió de su plan de salud o proveedor?

¿Qué problema de cobro tiene con su plan de salud o proveedor?

---

---

---

6 ¿Cuál es su problema de salud relacionado con este reclamo?

---

---

7 ¿Qué tratamientos ha recibido para atender este problema de salud?

---

---

8 Si tiene los nombres, favor de enlistar los proveedores que le han tratado por su problema de salud.

---

---

9 ¿Ha hecho otro reclamo referente a este tema con el Centro de Ayuda DMHC o con otra agencia de gobierno?

¿Con el Centro de Ayuda DMHC? Reclamo número # (si lo sabe) \_\_\_\_\_

¿Con otra agencia de gobierno? Reclamo número # (si lo sabe) \_\_\_\_\_

Favor de indicar la agencia de gobierno: \_\_\_\_\_

10 Anexe **copias** de los documentos relacionados con su reclamo, como negación de servicios, su reclamación por agravio ante el plan de salud y su respuesta, cobros, descripción de beneficios, y cualquier expedientes médicos de los proveedores no contratados.

No podremos regresar los documentos originales.

11 Estoy solicitando al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para una decisión sobre mi problema con mi plan de salud. Entiendo que se enviará copia de este reclamo y expedientes médicos a mi plan. Autorizo a mis proveedores, actuales y anteriores, y a mi plan de salud proporcionar mi expedientes médicos al DMHC. Este expedientes pueden incluir reportes médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, tomografías y otra información relacionada con mi caso. Estos documentos quizá incluyan reportes no médicos y cualquier otra información que se refiera a mi caso. Autorizo al DMHC a revisar mis expedientes e información y enviarlos a mi plan de salud. Mi autorización terminará en el plazo de un año iniciando a partir de la fecha señalada abajo, con excepción de lo establecido por la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC continúe utilizando mi información internamente. Podré dar por terminada mi autorización antes de la fecha establecida si así lo deseo. Toda la información proporcionada en este documento es verdadera.

¿Se anexa Formulario para el Asistente Autorizado?  Sí  No

Firma del paciente o padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe esta forma y cualquier anexo por correo o fax al: **Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241**

## FORMULARIO PARA EL ASISTENTE AUTORIZADO

- Si usted desea otorgar a alguien autoridad para asistirlo en su Revisión Médica Independiente (IMR) o reclamo, llene las Partes A y B a continuación.
- Si usted es el padre o guardián legal del paciente menor de 18 años por quien está solicitando la IMR o reclamo, no necesita completar esta forma.
- Si está solicitando una IMR o reclamo por un paciente que no puede completar esta forma y usted tiene la autoridad legal para actuar en representación de esta persona, favor de completar sólo la Parte B. También envíe una copia del poder legal para decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal que le autoriza tomar decisiones por el paciente.

### PARTE A: EL PACIENTE

Autorizo a la persona indicada en la Parte B a continuación para representarme ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) en mi solicitud de IMR o reclamo. Autorizo al DMHC y al personal de la IMR compartir información sobre mi condición médica y cuidados con la persona mencionada a continuación. Dicha información puede incluir tratamientos de salud mental, pruebas y tratamientos del VIH, tratamientos de alcoholismo y drogadicción, y otra información sobre mi atención médica.

Bajo el entendimiento de que sólo se compartirá información relacionada a mi IMR o reclamo.

Mi autorización es voluntaria y tengo derecho a darla por terminada. Si deseo hacerlo, tendré que notificarlo por escrito.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste \_\_\_\_\_

Firma de la persona que asiste \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono de día # \_\_\_\_\_

Teléfono de noche # \_\_\_\_\_

El poder legal de las decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal está incluido.

## ESTA NOTIFICACIÓN ES REQUERIDA POR LEY\*

La ley Knox-Keene de California otorga al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) autorización para regular los planes de salud e investigar las quejas de sus miembros.

- El Centro de Ayuda del DMHC utiliza su información personal para investigar su problema con su plan de salud y proporcionarle una Revisión Médica Independiente si cumple con los requisitos para ello.
- Usted nos proporciona esta información de manera voluntaria. Usted no está obligado a proporcionarnos información.
- Sin embargo, si usted no nos proporciona información, quizá no podamos investigar su reclamo ni proporcionarle una Revisión Médica Independiente.
- De ser necesario quizá tengamos que compartir su información personal con el plan de salud y los doctores que están llevando a cabo la Revisión Médica Independiente.
- Quizá tengamos que compartir su información con otras agencias de gobierno según lo requerido y permitido por la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, contacte al DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

\* La ley que requiere esta notificación es la Information Practices Act de 1977 (Código Civil de California Sección 1798.17).