



Formulario de queja del mercado de seguros médicos

Sección A. Información del miembro

Apellido		Nombre		Inicial
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
Domicilio postal		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día	Número de teléfono durante la noche	Horario de contacto (especifique cuándo prefiere que se comuniquen con usted)		
Dirección de correo electrónico		Fecha del incidente		
Nombre y número de identificación de todos los afiliados afectados				
Nombre del padre, de la madre o del tutor si se presenta en nombre de un afiliado menor				

Sección B. Información del plan de salud

Nombre del plan de salud:	Número de membresía del plan de salud
Nombre del grupo médico (si corresponde)	Empleador (si corresponde)
Número de identificación de Medi-Cal (si corresponde)	Número de identificación de Medicare o Medicare Advantage (si corresponde)
Fecha en que el afiliado recibió el aviso de suspensión o futura suspensión de la cobertura (si corresponde)	Fecha en que el afiliado presentó una queja ante una entidad diferente al Departamento de Atención Médica Administrada (si corresponde)

Sección C. Indique de forma detallada el motivo de su queja (reclamo):

--

Sección D. Firma

Certifico que las declaraciones formuladas en la presente queja son exactas y fidedignas según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Si el reclamo lo presenta un padre, una madre, un tutor o un representante en nombre de la persona, complete lo siguiente y marque la casilla correspondiente.

Nombre en imprenta del padre, la madre, el tutor o el representante: _____

Firma del padre, de la madre, del tutor o del representante

Fecha

Padre/Madre del menor Menor Tutor legal Poder notarial Albacea/Curador

Otros _____

Si corresponde, adjunte lo siguiente:

- Copias de avisos y correspondencias recibidos del plan
- Copias de correspondencia del afiliado
- Copias de pruebas de pago del último período cubierto pagado

Envíe este formulario a:

Molina Healthcare de California
Attn: Member Appeals and Grievance
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802 o
Fax (562) 499-0757

Tiene derecho a presentar una queja de acuerdo con los procedimientos de queja estándares del plan si el personal del plan no le proporciona atención inclusiva para personas trans.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene un reclamo sobre su plan de salud, antes de comunicarse con el Departamento, debe llamar a su plan de salud al **1-888-858-2150 (los usuarios de TTY pueden marcar 711)** y utilizar el procedimiento de reclamos de su plan de salud. El uso de este procedimiento de reclamos no le prohíbe ningún derecho ni recurso legal potenciales que pueda tener disponible. Si necesita ayuda con un reclamo en referencia a una emergencia, un reclamo que el plan no ha resuelto a su satisfacción o un reclamo que no se ha resuelto en más de treinta (30) días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si califica para una IMR, el proceso de IMR 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 propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de los litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición o de habla. El sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea

COMPLETE SI CORRESPONDE

DIVULGACIÓN MÉDICA

Solicito que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) tome una decisión sobre el problema de mi plan. Solicito que el DMHC revise mi Formulario de queja por cancelación de cobertura de atención médica para determinar si mi queja reúne los requisitos para el proceso de reclamo del consumidor del DMHC. Autorizo a mis proveedores, pasados y actuales, y a mi plan a divulgar mi historia clínica e información para revisar este problema. Esta historia clínica puede incluir registros médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, informes de diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi queja. Esta historia clínica también puede incluir registros no médicos y cualquier otra información relacionada con mi queja. Autorizo al DMHC a revisar esta historia e información clínicas y enviarlas a mi plan. Mi permiso finalizará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, excepto que lo permita la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC continúe utilizando mi información internamente. Si lo deseo, puedo finalizar mi permiso con anticipación. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Firma del afiliado, el tutor legal, el padre/la madre: _____

Fecha: _____

Consulte la hoja de instrucciones para ver la información de correo o fax.

COMPLETE SI CORRESPONDE

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

Si desea darle permiso a otra persona para que le brinde ayuda con su queja, complete las partes A y B a continuación.

Si es el padre, la madre o el tutor legal quien envía esta queja por un menor de 18 años, no es necesario completar este formulario.

Si presenta esta queja por un afiliado que no puede completar el formulario porque está declarado incompetente o incapacitado y usted tiene autoridad legal para actuar en su nombre, complete la parte B únicamente. También adjunte una copia del poder notarial para decisiones de atención médica u otros documentos que indiquen que usted puede tomar decisiones por ese afiliado.

PARTE A: AFILIADO

Autorizo a la persona nombrada abajo en la parte B a ayudarme con mi queja presentada ante el DMHC. Autorizo al personal de DMHC a compartir información sobre mi estado médico y atención médica con la persona que se menciona a continuación. Esta información puede incluir tratamiento de salud mental, tratamiento o pruebas de VIH, tratamiento para el consumo de alcohol o drogas u otra información de atención médica.

Entiendo que solo se compartirá información relacionada con mi queja.

Mi aprobación de esta ayuda es voluntaria y tengo derecho a finalizarla. Si deseo finalizarla, debo hacerlo por escrito.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL AFILIADO

Nombre de la persona que asiste (impresión): _____

Firma de la persona que asiste: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con el afiliado: _____

Número de teléfono durante el día _____ Número de teléfono de noche: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Mi poder notarial para decisiones de atención médica u otro documento legal adjuntos: _____ (marque si corresponde)

HOJA DE INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE QUEJA O RECLAMO

Si tiene preguntas, llame al centro de ayuda al 1-888-466-2219 o TDD al 1-877-688-9891. Esta llamada es gratuita.

Cómo hacer la presentación:

1. en línea en www.HealthHelp.ca.gov. [Es la manera más rápida].

O

Llene y firme el Formulario de queja por cancelación de cobertura de atención médica.

2. Si quiere que alguien lo ayude a presentar su queja, llene el Formulario de asistente autorizado.
3. Incluya los documentos solicitados en el Formulario de queja por cancelación de cobertura de atención médica, como avisos de su plan de salud, resúmenes de cuenta y prueba de pago.
4. Si no hace la presentación en línea, envíe por correo o fax el formulario y los documentos de respaldo a:

DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE
HELP CENTER
980 9TH STREET, SUITE 500
SACRAMENTO, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

¿Y qué ocurrirá después?

El centro de ayuda le enviará una carta en la que le informará si se aceptó su queja. Si se aceptó, se tomará una decisión sobre su problema en un plazo de 30 días. Recibirá la notificación sobre la determinación por escrito.

AVISO DE LA LEY DE PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN DE 1977

La Ley de Prácticas de la Información de 1977 (sección 1798.17 del Código Civil de California) exige el siguiente aviso.

- La Ley de Knox-Keene de California le da al DMHC la autoridad para regular los planes de salud e investigar las quejas de los miembros de planes de salud.
- El centro de ayuda del DMHC usa su información personal para investigar su problema con el plan de salud.
- Usted le proporciona esta información de forma voluntaria al DMHC. No tiene la obligación de proporcionarnos esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC no será capaz de investigar su queja.
- El DMHC puede compartir su información personal, si es necesario, con el plan y los proveedores para investigar su queja.
- El DMHC también puede compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo exija o permita la ley.
- Tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, contáctese con el coordinador de solicitudes de registros del DMHC, DMHC, Oficina de Servicios Legales, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame al 916-322-6727.