



Formulario de Reclamación del Mercado de Seguro Médico

Sección A: Información del miembro

Apellido		Nombre		Inicial	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día	Número de teléfono durante la noche	Horas de contacto (especifique cuándo prefiere que lo llamen)			
Dirección de correo electrónico		Fecha del incidente			
Nombre y número(s) de identificación de todos los inscritos afectados					
Nombre del padre o tutor, si se presenta por un inscrito menor de edad					

Sección B: Información del plan de salud

Nombre del plan de salud	Número de miembro 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 la que el inscrito recibió el aviso de que la cobertura terminó o terminará (si corresponde)	Fecha en la que el inscrito presentó una reclamación ante una entidad distinta del Departamento de Atención Médica Administrada (si corresponde)

Sección C: Por favor, brinde una razón detallada para su reclamación (queja):

--

Sección D: Firma

Certifico que las declaraciones hechas en la presente queja son fieles y auténticas según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Si la queja es presentada por un padre/tutor/representante en nombre del individuo, complete lo siguiente y marque la casilla apropiada.

Nombre en imprenta del padre/tutor/representante: _____

Firma del padre/tutor/representante

Fecha

Padre del menor Menor Tutor legal Poder notarial Albacea/Curador

Otro _____

Si corresponde, adjunte lo siguiente:

- Copias de la(s) notificación(es) del plan y de la(s) correspondencia(s) recibida(s)
- Copias de la(s) correspondencia(s) del inscrito
- Copias de la prueba de pago para el último período de cobertura pagado

Devuelva este formulario a:

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

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una reclamación contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-888-858-2150**, **usuarios TTY marcar 711** y usar el proceso de reclamación de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una reclamación que involucra una emergencia, una reclamación que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una reclamación que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible 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, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y 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** gratuita (**1-877-688-9891**) para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. El sitio web en internet del Departamento www.dmhc.ca.gov contiene los formularios para quejas, de solicitud para IMR e instrucciones en línea.

POR FAVOR, COMPLETE SI CORRESPONDE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Pido que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) tome una decisión sobre el problema con mi plan. Solicito que el DMHC revise mi Formulario de Reclamación de Cancelación de Cobertura de Salud para determinar si mi reclamación califica para el proceso de reclamación del consumidor del DMHC. Doy permiso a que mis proveedores, pasados y actuales, y mi plan divulguen mis registros médicos e información para revisar este problema. Estos registros pueden incluir salud médica, salud mental, abuso de sustancias, VIH, informes de diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi reclamación. Estos registros también pueden incluir registros no médicos y cualquier otra información relacionada con mi reclamación. Doy permiso al DMHC que revise estos registros e información y los envíe a mi plan. Mi permiso terminará un año a partir de la fecha que se indica a continuación, salvo que lo permita la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC siga utilizando mi información internamente. Puedo poner fin a mi permiso antes, si así lo deseo. Toda la información que he proporcionado en esta hoja es verídica.

Inscrito, tutor legal o firma del padre: _____

Fecha: _____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener información sobre el envío por correo o el envío por fax.

POR FAVOR, COMPLETE SI CORRESPONDE

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

Si desea dar permiso a otra persona para ayudarle con su reclamación, complete las partes A y B a continuación.

Si usted es un padre o tutor legal que presenta esta reclamación para un niño menor de 18 años, no necesita completar este formulario.

Si usted está presentando esta reclamación para un inscrito que no puede completar este formulario porque el inscrito es incompetente o incapacitado, y usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este inscrito, por favor complete la parte B solamente. También adjunte una copia del poder notarial para las decisiones de atención médica u otros documentos que dicen que usted puede tomar decisiones en nombre del inscrito.

PARTE A: INSCRITO

Permito que la persona mencionada a continuación en la Parte B me ayude en mi reclamación presentada ante el DMHC. Permito que el personal del DMHC comparta información sobre mi(s) condición(es) y atención médica(s) con la persona nombrada a continuación. Esta información puede incluir tratamiento de salud mental, tratamiento o pruebas de VIH, tratamiento para el uso de alcohol o drogas u otra información de atención médica.

Entiendo que solo se compartirá la información relacionada con mi reclamación.

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

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL INSCRITO

Nombre de la persona que asiste (letra imprenta): _____

Firma de la persona que asiste: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con el inscrito: _____

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

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Mi poder notarial para decisiones de atención médica u otro documento legal se adjunta: _____
(revise si corresponde)

HOJA DE INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN/QUEJA

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 presentar:

1. Presente en línea en www.HealthHelp.ca.gov. [Esta es la manera más rápida.]

O

Complete y firme el Formulario de Reclamación de Cancelación de Cobertura de Atención Médica.

2. Si desea que alguien le ayude con su reclamación, complete el Formulario de Asistente Autorizado.
3. Incluya los documentos solicitados en el Formulario de Reclamación de Cancelación de Cobertura de Atención Médica, tales como avisos de su plan de salud, estados de facturación y pruebas de pago.
4. Si no envía en línea, envíe por correo postal o fax su formulario y cualquier documento que apoye su reclamación al:

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

¿Qué sucede a continuación?

El Centro de Ayuda le enviará una carta indicándole si su reclamación fue aceptada. Si su reclamación es aceptada, se tomará una decisión sobre su problema dentro de 30 días. Se le notificará la decisión por escrito.

AVISO DE LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE 1977

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, sección 1798.17) requiere el siguiente aviso.

- La Ley Knox-Keene de California otorga al DMHC la autoridad para regular los planes de salud e investigar las reclamaciones de los miembros del plan de salud.
- El Centro de Ayuda del DMHC utiliza su información personal para investigar el problema con su plan de salud.
- Usted proporciona al DMHC esta información voluntariamente. Usted no está obligado a proporcionar esta información. Sin embargo, si usted no lo hace, el DMHC puede no ser capaz de investigar su reclamación.
- El DMHC puede compartir su información personal, según sea necesario, con el plan y los proveedores para investigar su reclamación.
- El DMHC también puede compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo requerido o permitido por la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para ello, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes de Registros DMHC, DMHC, Oficina de Servicios Legales, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame al 916-322-6727.