



Formulario de Quejas Formales/Quejas del Afiliado

Fecha: _____

Escriba toda la información con letra de molde.

Información sobre el denunciante:

Nombre	() Número de Teléfono Laboral	() Número de Teléfono Particular	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre de la/s persona/s que tiene/n alguna relación con el denunciante:

Nombre	N.º Número de Identificación
Nombre	N.º Número de Identificación
Nombre	N.º Número de Identificación

Naturaleza de la queja: (Marque la/s casilla/s que corresponda/n)

_____ Publicidad	_____ Dificultad para cancelar la afiliación	_____ Facturación al afiliado
_____ Calidad	_____ Transporte	_____ Accesibilidad a la atención
_____ Atención de emergencia	_____ Actitud del personal	_____ Autorización

Otra: _____

Declaración del problema: Fecha en que Ocurrió: _____ Ubicación: _____

Describe el problema/la queja en detalle:

He recibido una denegación de cobertura para tratamiento, servicios o suministros considerados experimentales y padezco una enfermedad incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en un plazo de un año o menos.

Sí, solicito una conferencia: _____

Use el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

Firma del Afiliado
(o firma del padre/de la madre cuando el afiliado es menor de edad o está incapacitado)

Fecha

Si cree que una demora en el proceso de toma de decisiones puede imponer una amenaza inminente y grave para su salud, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono gratuito 1-888-893-1569 para solicitar una revisión acelerada. Si su caso cumple con los criterios de urgente y requiere una revisión rápida, se resolverá en un plazo de 72 horas.

Si ha recibido una denegación de cobertura y padece una enfermedad incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en un plazo de un año o menos, para tratamiento, servicios o suministros considerados experimentales, según la recomendación de un proveedor del plan participante, puede solicitar una conferencia. Una vez recibida su solicitud, dentro de los 30 días calendario, CalViva Health le dará la oportunidad de asistir a una conferencia. La conferencia se celebra en un plazo de 5 días hábiles, si su médico, tras consultar con el Director Médico Principal de CalViva Health o la persona designada, determina que la eficacia del tratamiento, de los servicios, del tratamiento alternativo o de los suministros propuestos y cubiertos por el plan se reduciría considerablemente si estos no se proporcionaran en la fecha más próxima posible. Puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono gratuito 1-888-893-1569 para solicitar una conferencia para personas con una enfermedad terminal. También puede solicitar una conferencia marcando la declaración que figura en la primera página de este formulario y enviando el formulario de queja completado a la dirección que se indica a continuación.

En caso de que tenga cualquier otra pregunta o necesite ayuda adicional con respecto a este asunto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono gratuito 1-888-893-1569 o TTY 711. Una vez que haya llenado este formulario, envíelo a: CalViva Health, Attn: Grievance and Appeals Department, 21281 Burbank Blvd. Woodland Hills, CA 91367. Fax (877) 831-6019

Si ya ha presentado una Apelación ante CalViva Health y no ha recibido un Aviso de Resolución de Apelación (por sus siglas en inglés, NAR) en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que presentó la apelación ante CalViva Health (o en un plazo de 72 horas de la presentación de una apelación acelerada ante CalViva Health), tiene derecho a solicitar una Audiencia ante el Estado al Departamento de Servicios Sociales de California. Existe un plazo de 120 días a partir de la fecha en que recibió el Aviso de Resolución de Apelación (NAR) de CalViva Health para presentar una Audiencia ante el Estado. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un amigo u otro vocero en la audiencia. Si desea solicitar una Audiencia ante el Estado o necesita ayuda para obtener información sobre organizaciones de servicios legales para su representación, puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al número de teléfono gratuito 1-800-952-5253, TDD 1-800-952-8349. También tiene derecho a solicitar la cancelación de la afiliación del plan de salud a través de Opciones de Atención de Salud llamando al (800) 430-4263.

El Programa de la Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (por sus siglas en inglés, DHCS) se encuentra disponible para brindar asistencia en la investigación y resolución de cualquier queja formal que pueda/n tener sobre este plan de salud. Si desea utilizar los servicios del DHCS para obtener ayuda con su queja formal, puede llamar al Programa del Defensor del Pueblo al número de teléfono gratuito 1-888-452-8609.

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **(1-888-893-1569, TTY: 711)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que tenga que ver con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser

elegible para una Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, 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 en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio Web del departamento, **www.dmh.ca.gov**, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea”.

Nota: Se iniciarán las acciones correspondientes para resolver su queja. Dentro de los **5 días calendario** de recibida su queja formal, recibirá una respuesta en la que se le informará que tenemos su queja formal y estamos trabajando en ella. Luego, dentro de los **30 días calendario** de recibir su queja formal (o dentro de las 72 horas si es un asunto urgente), recibirá una respuesta escrita en la que se le informará cómo se resolvió su queja formal.

PERMISO MÉDICO/AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO

Todos los expedientes médicos obtenidos de los proveedores que puedan haberle tratado por la enfermedad objeto de esta queja formal se mantendrán en estricta confidencialidad y se utilizarán únicamente con el fin de revisar su queja formal.

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO Y SOLICITO AL/A LOS PROVEEDOR/ES QUE DIVULGUE/N A CALVIVA HEALTH TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS QUE RESPALDEN LA NECESIDAD MÉDICA PARA:

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Si firma otra persona que no sea el afiliado) PARENTESCO: _____
(MADRE, PADRE, TUTOR)