



## PERMISO MÉDICO

**AFILIADO:** Proporcione el nombre y el número de teléfono de cualquier proveedor que pueda haberle brindado tratamiento para la afección que es objeto de esta queja formal.

**Todos los Expedientes Médicos obtenidos se mantendrán bajo estricta confidencialidad y se utilizarán únicamente con fines de revisión de su queja formal.**

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO Y SOLICITO AL/A LOS PROVEEDOR/ES ANTES MENCIONADO/S A QUE DIVULGUE/N A HEALTH NET TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS QUE RESPALDEN LA NECESIDAD MÉDICA PARA EL OBJETO DE ESTA QUEJA FORMAL:

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

(Si firma otra persona que no sea el Afiliado)

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

(MADRE, PADRE, TUTOR)

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda adicional con respecto a este asunto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito (800) 675-6110 o al Número TTY/TDD: (800) 431-0964. Una vez completado, envíe este formulario a: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. Número de Fax: (877) 831-6019.

## **SUS DERECHOS**

### **CONFORME AL PLAN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDI-CAL**

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA RESPECTO DE SU TRATAMIENTO MÉDICO, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE HEALTH NET.**

#### **CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de “Aviso de Acción” para presentar una apelación. Pero, **si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibiendo tratamiento, debe solicitar una apelación dentro de un plazo de 10 días** a partir de la fecha en que esta carta fue matasellada o entregada a usted, O BIEN, antes de la fecha en que su Grupo Médico o Health Net dicen que los servicios se interrumpirán. Debe indicar que desea continuar recibiendo tratamiento cuando presenta la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con Health Net llamando al (800) 675-6110. O si no oye o no habla bien, llame al Número TTY/TDD: (800) 431-0964.

- Por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta y envíelos a:

Health Net  
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department  
P.O Box 10348  
Woodland Hills, CA 91367

- Por fax al número de fax: (877) 831-6019.
- Por vía electrónica: Visite el sitio Web de Health Net en: *www.healthnet.com*.

El consultorio de su médico tendrá formularios de apelación disponibles. Su plan de salud también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo. O bien, puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, médico o abogado que presente la apelación en nombre de usted. Puede enviar cualquier tipo de información que desee que sea revisada por su plan de salud. Un médico, distinto del médico que tomó la primera decisión, analizará su apelación.

Health Net tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, usted recibirá una carta de “Aviso de Resolución de Apelación”. Esta carta le informará lo que ha decidido Health Net. **Si no recibe una carta dentro de un plazo de 30 días, puede:**

- Solicitar una “**Revisión Médica Independiente**” (por sus siglas en inglés, **IMR**) y un revisor externo que no está relacionado con el plan de salud revisará su caso.
- Solicitar una “**Audiencia ante el Estado**” y un juez revisará su caso.

Lea la siguiente sección para conocer las instrucciones sobre cómo solicitar una IMR o una Audiencia ante el Estado.

#### **APELACIONES ACELERADAS**

Si considera que esperar 30 días dañará su salud, podría obtener una respuesta dentro de las 72 horas. Al presentar su apelación, indique por qué esperar dañará su salud. Asegúrese de solicitar una “**apelación acelerada**”.

#### **SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA APELACIÓN**

Si presentó una apelación y recibió una carta de “Aviso de Resolución de Apelación” donde se le informa que su plan de salud seguirá denegándole los servicios, o bien, **nunca recibió una carta en la que se le comunique la decisión y ya han pasado 30 días**, usted puede:

- Solicitar una “**Revisión Médica Independiente**” (**IMR**) y un revisor externo que no está relacionado con el plan de salud revisará su caso.
- Solicitar una “**Audiencia ante el Estado**” y un juez revisará su caso.

**Puede solicitar una IMR y una Audiencia ante el Estado al mismo tiempo.** También puede solicitar una antes que la otra para ver si se resuelve su problema primero. Por ejemplo, si solicita primero una IMR, pero no está de acuerdo con la decisión, todavía puede solicitar una Audiencia ante el Estado posteriormente. Sin embargo, si solicita primero una Audiencia ante el Estado, pero la audiencia ya ha tenido lugar, no puede solicitar una IMR. En este caso, la Audiencia ante el Estado tiene la última palabra.

No tendrá que pagar por una IMR ni por una Audiencia ante el Estado.

### **REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)**

Si desea una IMR, primero debe presentar una apelación ante su plan de salud. Si no tiene noticias de su plan de salud dentro de un plazo de 30 días, o si no está conforme con la decisión de su plan de salud, entonces podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de **180 días** a partir de la fecha de la carta de “Aviso de Resolución de Apelación”.

**Es posible obtener una IMR directamente sin presentar primero una apelación. Esto sucedería en caso de que su vida se encontrara en peligro inmediato o si la solicitud fuera denegada porque el tratamiento se considera experimental o de investigación.**

El siguiente párrafo le brindará información sobre cómo solicitar una IMR. Observe que el término “queja formal” hace referencia tanto a “quejas” como a “apelaciones”.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a Health Net al **(800) 675-6110** y usar el proceso de presentación 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 relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También podría 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 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-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio Web del Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### **AUDIENCIA ANTE EL ESTADO**

Si desea una Audiencia ante el Estado, debe solicitarla dentro de un plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de “Aviso de Resolución de Apelación”. Puede solicitar una Audiencia ante el Estado por teléfono o por escrito:

- Por teléfono: Llame al **1-800-952-5253**. Este número puede estar muy ocupado. Es posible que escuche un mensaje que le pide que vuelva a llamar más tarde. Si no oye o no habla bien, llame al **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

- Por escrito: Complete un formulario de Audiencia ante el Estado o envíe una carta a:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, Número de Seguro Social y el motivo por el cual desea una Audiencia ante el Estado. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia ante el Estado, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después de solicitar una Audiencia ante el Estado, podrían pasar hasta 90 días antes de que su caso se decida y se le envíe una respuesta. Si considera que esperar ese tiempo dañará su salud, podría obtener una respuesta dentro de los 3 días laborables. Solicite a su médico o plan de salud que escriba una carta en nombre de usted. En dicha carta se debe explicar en detalle de qué manera una espera de hasta 90 días para que se decida su caso dañaría gravemente su vida, su salud o su capacidad de lograr, mantener o recuperar una función al máximo. En ese caso, asegúrese de solicitar una **“audiencia acelerada”** y presente la carta junto con su solicitud de audiencia.

Puede hablar en la Audiencia ante el Estado usted mismo. O bien, puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, médico o abogado que hable en nombre de usted. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe informarle a la oficina de la Audiencia ante el Estado que la persona está autorizada a hablar en nombre de usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

#### **ASISTENCIA LEGAL**

Además, puede obtener asistencia legal gratis. Llame al *[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]*. También puede llamar a la Sociedad de Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.