



Formulario para Quejas y Quejas Formales del Afiliado

Fecha: _____

Escriba toda la información con letra de imprenta.

Información sobre la persona que realiza la queja:

Nombre	()	()
Dirección	Número de teléfono laboral	Número de teléfono particular
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de las personas relacionadas con la queja:

Nombre	N.º
Nombre	Número de identificación N.º
Nombre	Número de identificación N.º
Nombre	Número de identificación

Naturaleza de la queja (marque las casillas correspondientes):

<input type="checkbox"/> Comercialización	<input type="checkbox"/> Dificultad para cancelar su afiliación	<input type="checkbox"/> Facturación al afiliado
<input type="checkbox"/> Calidad	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Accesibilidad a la atención
<input type="checkbox"/> Atención de emergencia	<input type="checkbox"/> Actitud del personal	<input type="checkbox"/> Autorización

Otra: _____

Declaración del problema: Fecha del incidente: _____ Ubicación: _____

Describa el problema o la queja en detalle:

Recibí una denegación para obtener la cobertura de tratamientos, servicios o suministros considerados experimentales, y tengo una enfermedad incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de provocarme la muerte dentro de un año o menos.

Sí, solicito una conferencia: _____

Use el reverso de este formulario si necesita más espacio.

Firma del afiliado
(o firma del padre o la madre si el afiliado es menor o está incapacitado)

Fecha

Si considera que una demora para tomar la decisión podría implicar una amenaza inminente y grave para su salud, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito 1-888-893-1569 para solicitar una revisión acelerada. Si su caso cumple con los criterios de urgencia y requiere una revisión rápida, se resolverá dentro de las 72 horas.

Si usted recibió una denegación para obtener la cobertura de tratamientos, servicios o suministros considerados de experimentales, según las recomendaciones de un proveedor participante del plan, y tiene una enfermedad incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de provocarle la muerte dentro de un año o menos, puede solicitar una conferencia. Después de recibir su solicitud, dentro de los 30 días calendario, CalViva Health le brindará la oportunidad de asistir a la conferencia. La conferencia tendrá lugar dentro de los 5 días hábiles si su médico, después de consultar con el director médico general de CalViva Health o una persona designada, determina que la eficacia del tratamiento, los servicios, el tratamiento alternativo o los suministros propuestos cubiertos por el plan se reducirían materialmente si no fueran brindados lo antes posible. Puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito 1-888-893-1569 para solicitar una conferencia para personas con enfermedades terminales. También puede solicitar una conferencia si marca la parte de la declaración en la primera página de este formulario y envía el formulario de quejas completo a la dirección que se encuentra más abajo.

Si tiene más preguntas o necesita más ayuda con este asunto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito 1-888-893-1569 o TTY 711. Envíe el formulario completo a la siguiente dirección: CalViva Health, Attn: Grievance and Appeals Department C-5, 21281 Burbank Blvd. Woodland Hills, CA 91367. Número de fax: (877) 831-6019.

Si usted ya presentó una apelación a CalViva Health y no recibió un *Aviso de Resolución de Apelación* (por sus siglas en inglés, NAR) dentro de los 30 días a partir de la fecha en que presentó la apelación a CalViva Health (o dentro de las 72 horas de haber presentado una apelación acelerada a CalViva Health), tiene derecho a solicitar una audiencia ante el estado al Departamento de Servicios Sociales de California. Hay un plazo de 120 días a partir de la fecha en que usted recibe un *Aviso de Resolución de Apelación* de CalViva Health para solicitar una audiencia ante el estado. Tiene derecho a que un asesor legal, un amigo u otra persona lo represente en la audiencia. Si desea solicitar una audiencia ante el estado o necesita ayuda para obtener información sobre organizaciones de servicios legales para que lo representen, puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al número gratuito 1-800-952-5253, TDD 1-800-952-8349. También tiene derecho a solicitar la cancelación de la afiliación al 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 Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DHCS) está disponible para brindarle ayuda con la investigación y resolución de las quejas formales que usted pueda tener sobre este plan de salud. Si desea utilizar los servicios del DHCS para recibir ayuda con su queja formal, puede llamar al número gratuito del Programa de la Defensoría, al 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 contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1888-893-1569** y usar el proceso de presentación de quejas formales del plan 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 propuestos, 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 presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

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

DIVULGACIÓN MÉDICA/AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO

Todos los expedientes médicos obtenidos de los proveedores que lo hayan tratado por la enfermedad que se relaciona con esta queja formal permanecerán bajo estricta confidencialidad y se utilizarán únicamente con el fin de revisar su queja formal.

POR MEDIO DEL PRESENTE, AUTORIZO Y SOLICITO QUE LOS PROVEEDORES DIVULGUEN A CALVIVA HEALTH TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS QUE RESPALDEN LA NECESIDAD MÉDICA DE LO SIGUIENTE:

Firma: _____ **Fecha:** _____

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