

Formulario para apelación o reclamación del afiliado



Para California Health & Wellness, sus inquietudes son muy importantes. Si **no está de acuerdo con una decisión sobre servicios solicitados** tomada acerca de su atención médica, **puede apelarla**. Si **desea reclamar acerca de la atención** que recibió o sobre cómo lo trataron, **puede presentar una queja**, también llamada "**reclamación**". Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para presentar una apelación o reclamación:

- Usar este formulario.
- Comunicarse con Atención al Afiliado de California Health & Wellness al 1-877-658-0305. **Si usa un teléfono de texto (TTY), comunicarse al 711 con los servicios de retransmisión de mensajes de California y brindar el número de Atención al Afiliado: 1-877-658-0305.**
- Solicitar los **servicios de personal bilingüe y de interpretación disponibles** para afiliados que hablen otros idiomas.
- Solicitar y recibir materiales con información para los afiliados en formatos alternativos, incluido el braille, la letra grande y el grabado en audio.
- Completar un formulario en línea, en www.CAHealthWellness.com.
- Escribir una carta que incluya la información que se detalla a continuación.

Puede elegir a alguien para que presente una apelación o reclamación en su nombre. Debemos tener su permiso por escrito para que esa persona pueda hacerlo. Además, podemos requerir su permiso por escrito para obtener registros médicos sobre la apelación o reclamación. Para obtener el *Formulario sobre el representante autorizado* y el *Formulario para divulgación de registros médicos*, comuníquese con Atención al Afiliado al **1-877-658-0305**. **Si usa un teléfono de texto (TTY), comuníquese al 711 con los servicios de retransmisión de mensajes de California y brinde el número de Atención al Afiliado: 1-877-658-0305.** O bien, ingrese en www.CAHealthWellness.com.

Parte 1: Información del afiliado		
Nombre y apellido:	N.º de identificación de Medi-Cal:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Número de teléfono:	Mejor momento para llamar:	

Parte 2: Información sobre la apelación o reclamación

Describa su problema o inquietud. Denos detalles de qué pasó, cuándo fue y quién participó. Para apelaciones: Adjunte una copia del *Aviso de acción* de California Health & Wellness.

Parte 3: Para su información

Si desea presentar una queja o apelar una decisión, el proceso que se usa para resolver la queja o la apelación se llama “proceso de apelación y reclamación”. Las quejas se pueden presentar en cualquier momento. Las apelaciones deben presentarse dentro de los 60 días calendario luego de la fecha del *Aviso de acción*. El *Aviso de acción* es la carta formal que California Health & Wellness le envía para informarle que se rechazó, retrasó o modificó un servicio médico.

Si la apelación o reclamación es de urgencia, puede solicitar una revisión acelerada. Su apelación puede revisarse dentro de las 72 horas desde el momento en que fue recibida si se relaciona con una amenaza inmediata y grave a su salud, lo cual incluye, entre otros, dolor agudo, potencial pérdida de la vida, de una extremidad o de una función física vital.

Dentro de los cinco (5) días calendario de recibida su solicitud de apelación o reclamación, California Health & Wellness le enviará una carta de acuse de recibo en la que le informaremos que recibimos la solicitud. En la carta, también figurará el nombre, la dirección y el número de teléfono del personal de California Health & Wellness que manejará su solicitud y la fecha en que esta fue recibida. Junto con la carta, el personal también le enviará información que describe el proceso de apelación y reclamación y sus derechos en dicho proceso, información sobre el proceso de audiencia estatal, y las direcciones y números de teléfono de las oficinas del Northern California Legal Aid.

El personal de apelaciones y reclamaciones tratará de obtener más información que pueda ayudarnos a resolver su solicitud de la mejor manera. Si es necesario, el personal de California Health & Wellness puede contactarlo si tiene preguntas sobre su solicitud o si necesita más información.

Puede comunicarse con el personal de apelaciones y reclamaciones de California Health & Wellness para consultar sobre su solicitud. Dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido su solicitud, el personal de California Health & Wellness le enviará por correo una carta que detallará la resolución de su apelación o reclamación tomada por California Health & Wellness.

En cualquier momento, puede comunicarse con la agencia del gobierno que regula los planes de servicios de atención médica para consultarle sobre una reclamación o apelación que California Health & Wellness no haya resuelto o no haya resuelto como a usted lo satisfaga.

Formulario para apelación o reclamación del afiliado



Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una reclamación contra el plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud, al **1-877-658-0305**, y usar el proceso de reclamación antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento no lo priva de ningún derecho o resarcimiento que puede estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una reclamación relacionada con una emergencia, una reclamación que no ha sido resuelta de manera satisfactoria por su plan de salud o una reclamación cuya resolución tarda más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con lo siguiente: la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos con características experimentales o de investigación y conflictos de pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web del departamento (www.dmhc.ca.gov) tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Oficina del defensor del consumidor del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California

También puede solicitar ayuda llamando a la oficina del defensor del consumidor del Departamento de Servicios de Atención de la Salud. La oficina del defensor del consumidor ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal a ejercer sus derechos y asumir sus responsabilidades como afiliados de un plan de atención administrada. Para obtener más información, llame al número gratuito **1-888-452-8609**.

Parte 4: Firma

Firme aquí ➤

Firma del afiliado o de su representante autorizado

Fecha

Nombre del afiliado o de su representante autorizado en letra de imprenta

INSTRUCCIONES: Envíe este formulario o su carta por fax, al **1-855-460-1009**, o por correo:

California Health & Wellness

Attn: Appeals and Grievance Coordinator

P.O. Box 10348 Van Nuys, CA 91410

Responderemos a la apelación o reclamación dentro de los 30 días.