

## Formulario de Reclamación para Miembros de planes HMO de California

*Atención miembros de Medicare + Choice: no completar este formulario. Solicitar el "Formulario de apelación y reclamo de para los miembros del plan Medicare + Choice de California".*

HMO and DMO-based plans - **IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-877-287-0117.

Planes basados en DMO y HMO - **IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le ofrecemos nuestra ayuda. Esta carta también está disponible en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-877-287-0117.

Usted tiene derecho a presentar una reclamación sobre cualquier aspecto de la atención o de los servicios médicos. Si desea presentar una reclamación, utilice este formulario. Existe un procedimiento que debe seguir para presentar una reclamación. Su plan de salud está obligado, por ley, a darle una respuesta dentro de los 30 días. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al consultorio de su médico o a su plan de salud, a los teléfonos que figuran al dorso de este formulario. También puede llamar a los números de teléfono en su tarjeta de identificación (ID) de salud. Si usted cree que el tiempo de espera de una respuesta pone en riesgo su salud, llame y solicite una "Revisión acelerada".

Complete a máquina o con letra de imprenta la siguiente información:

Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección

Teléfono particular (incluya código de área)

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono del trabajo (incluya código de área)

Nombre del Empleador o Grupo

N.º de ID de miembro o de inscripción

Fecha de nacimiento

*Si una persona diferente del miembro presenta esta reclamación, debe proporcionar la siguiente información:*

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Tiene una enfermedad terminal?     SÍ     NO

¿El tratamiento es experimental o está en investigación?     SÍ     NO

Describa en qué consiste su reclamación. Proporcione fechas, horas, nombres de personas, lugares, etcétera, que tienen relación con el caso. Si precisa más lugar, adjunte otro papel.

Por favor adjunte copias de cualquier documento que pueda ayudarnos a entender su reclamación.

Si adjunta otros papeles, marque esta casilla.

Firme y envíe por CORREO o FAX, si corresponde, a la siguiente dirección:

**Aetna Health of California Inc.**

Attn: Commercial Grievance & Appeals

P.O. Box 24030

Fresno, CA. 93779 Standard Fax: 860-262-7705

Servicios al cliente: 800-756-7039, TDD-TTY: (800) 628-3323.

Fax 860-754-5321 (Acelerada, 72 horas)

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN AL MIEMBRO O A SU REPRESENTANTE:**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de controlar los planes de servicio de atención de salud. Si usted tiene una reclamación contra su plan de salud, en primer lugar debe llamar a su plan de salud al **1-800-756-7039** y utilizar su proceso de reclamaciones antes de ponerse en contacto con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamaciones no lo priva de ningún derecho legal potencial ni de los recursos que usted pueda tener a su alcance. Si necesita ayuda con una reclamación relacionada con una emergencia, una reclamación que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una reclamación que haya permanecido sin resolución por más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir asistencia.

Es posible que usted también tenga derecho a una IMR (Independent Medical Review, revisión médica independiente). Si usted es elegible para una IMR, este proceso ofrecerá una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por el plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto; decisiones de cobertura para tratamientos que son esencialmente experimentales o están en investigación; y pagos de disputas por servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también cuenta con un número telefónico gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y habla. El sitio en Internet del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

