



Forma de Queja

Favor de completar ambos lados de la forma y mandar por correo tan pronto como le sea posible a la dirección ubicada en la parte en la parte inferior. Comprobante de recibo de la forma sera mandada dentro de 5 dias habiles. Todas quejas se resolveran dentro de 30 dias cuando posible. Si su queja es urgente o una emergencia favor de hablar sin costo al (877) 433-6825, para revision inmediata. Miembros que tengan una queja en contra del plan no seran discriminados ni se les tomara en contra en ninguna forma.

Informacion del Miembro

Nombre del Miembro: _____

de Identificacion del Miembro: _____

Nombre del Subscriptor (en caso de ser diferente del anterior): _____

de Identificacion del Subscriptor: _____

Telefono de dia: _____ Telefono de Noche: _____

Información de la Queja

Favor de usar el otro lado de la hoja para describir en detalle la queja.

La queja es en contra de (favor de poner una paloma en los espacios indicados):

Plan Personal de la Facilidad Facilidad Proveedor que lo trata

Fecha de la queja: _____

Informacion de la Facilidad

Nombre de la Facilidad: _____ # de Identificación de la Facilidad: _____

Dirección de la Facilidad: _____

Nombre del Proveedor en tratamiento: _____

Lista de los nombres del personal con quien hablo refrente a esta situacion: _____

- “**Queja**” quiere decir expresion escrita o verbal de disgusto con respecto a el plan y/o el proveedor, incluyendo lo que se refiere a la calidad de cuidado, y debe incluir un reclamo, disputa, petición de reconsideración o apelación hecha por el miembro o el representate de el miembro.
- “**Reclamo**” quiere decir lo mismo que “Queja.”
- “**Acusador**” quiere decir lo mismo que “agraviado,” y es la persona que sometio la queja incluyendo el miembro, el representante designado por el miembro, u otro individuo con la autoridad de actuar en nombre de el miembro.
- “**Resuelto**” quiere decir que la queja a llegado a una conclusion final con respecto a la queja que el miembro sometio, y que no hay apelaciones pedientes de parte de el miembro dentro de el sistema de quejas de el plan, incluyendo entidades con facultades delegadas.
- “**Pendiente**” quejas que no son resueltas dentro de 30 dias naturales, o quejas referidas a el Departamento de Quejas o el Sistema de Revisión Medica Independiente.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio del cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, debe llamar primero a su Plan de Salud al (1-877-433-6825) y utilizar el proceso de quejas formales de su Plan de Salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición.

California Dental Network, Inc.

23291 Mill Creek Drive, Suite 100, Laguna Hills, CA 92653

Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del afiliado: _____ Género: Masculino Femenino Otro

Nombre de padre/madre/tutor (si se completa para un menor de edad): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Nro. de afiliado: _____

Dirección postal del afiliado: _____

Ciudad, estado, código postal del afiliado: _____

Teléfono de día: (_____) _____ Teléfono de noche: (_____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador (si corresponde): _____

Nombres de todas las personas inscritas afectadas: _____

Nro. de identificación de suscripción de todas las personas inscritas afectadas: _____

Nombre del plan médico: _____

Nro. de identificación de Medi-Cal (si corresponde): _____

Nro. de Id. de Medicare o Medicare Advantage (si corresponde): _____

Grupo médico (si corresponde): _____

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Si corresponde:

Fecha en que el afiliado recibió el aviso de que la cobertura había finalizado o finalizará: _____

Fecha en que el afiliado presentó un reclamo ante otra entidad ajena al DMHC: _____

Si corresponde, proporcione lo siguiente:

Copias de los avisos del plan y correspondencias recibidos, si corresponde

Copias de correspondencias enviadas por el afiliado

Copias de prueba de pago del último período de cobertura pagado

DIVULGACIÓN MÉDICA

Solicito que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) tome una decisión sobre el problema que tengo con mi plan. Solicito que el DMHC revise mi Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica para determinar si mi reclamo reúne los requisitos para el proceso de queja del consumidor de DMHC. Les doy permiso a mis proveedores, previos y actuales, y a mi plan a divulgar mis expedientes médicos y mi información para revisar este asunto. Estos expedientes pueden incluir informes médicos, de salud mental, consumo de sustancias, VIH, imágenes de diagnóstico y otros expedientes relacionados con mi reclamo. Estos expedientes también pueden incluir expedientes no médicos y otra información relacionada con mi reclamo. Le doy permiso al DMHC para revisar estos expedientes e información, y enviarlos a mi plan. Mi permiso finalizará un año después de la fecha de abajo, excepto que lo permita la ley. Por ejemplo, la ley

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

Si quiere otorgarle permiso a otra persona para ayudar con su reclamo, complete las partes A y B a continuación.

Si es el padre, la madre o el tutor legal que envía este reclamo por un menor de 18 años, no es necesario que complete este formulario.

Si está presentando este reclamo por un afiliado que no puede completar el formulario dado que es incompetente o incapacitado, y usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este afiliado, complete solo la parte B. También adjunte una copia del poder legal para tomar decisiones médicas u otros documentos que indiquen que puede tomar decisiones en nombre del afiliado.

PARTE A: AFILIADO

Le doy permiso a la persona nombrada abajo en la parte B para que me ayude con la presentación de mi reclamo ante el DMHC. Le doy permiso al personal del DMHC para que comparta información sobre mis afecciones y atención médicas con la persona nombrada a continuación. Esta información puede incluir tratamientos de salud mental, tratamientos o pruebas de VIH, tratamientos para el consumo de alcohol o drogas, u otra información de atención médica.

Entiendo que solo se compartirá información relacionada con mi reclamo.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a finalizarla. Si deseo finalizarla, debo hacerlo por escrito.

Nombre del afiliado (en letra imprenta) _____

Firma del afiliado _____ Fecha _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL AFILIADO

Nombre de la persona que asiste (en letra imprenta) _____

Firma de la persona que asiste _____

Domicilio _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con el paciente _____

Nro. de teléfono de día _____

Nro. de teléfono de noche _____

Dirección de correo electrónico: _____

- Se adjunta mi poder legal para decisiones de atención médica u otro documento legal (verificar si corresponde).

HOJA INSTRUCTIVA PARA FORMULARIO DE RECLAMO/QUEJA

Si tiene preguntas, puede llamar al centro de ayuda al 1-888-466-2219 o al 1-877-688-9891 para TDD. Esta llamada es gratis.

Cómo presentarlo:

1. Preséntelo en línea en www.dmhc.ca.gov. [Es la manera más rápida].

Llene y firme el Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica.

2. Si quiere que otra persona ayude a presentar su reclamo, complete el Formulario de asistente autorizado.

3. Incluya los documentos solicitados en el Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica, como avisos de su plan médico, resúmenes de cuenta y prueba de pago.

4. Si no hace la presentación en línea, envíe el formulario por correo o fax, al igual que los documentos de respaldo a:

DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE

HELP CENTER

980 9TH STREET, SUITE 500

SACRAMENTO, CA 95814-2725

FAX: 916-255-5241

¿Qué sucede a continuación?

El centro de ayuda le enviará una carta para indicarle si se aceptó su reclamo. Si se acepta el reclamo, se tomará una decisión sobre su problema en un plazo de 30 días. Le informarán por escrito la decisión.

ESTE AVISO ES OBLIGATORIO POR LEY

AVISO DE LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE 1977

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, sección 1798.17) exige el siguiente aviso.

- * La Ley Knox-Keene de California le otorga al DMHC la autoridad para regular los planes médicos e investigar los reclamos de los afiliados a los planes médicos.
- * El centro de ayuda del DMHC usa su información personal para investigar su problema con el plan médico.
- * Le entregó esta información al DMHC de forma voluntaria. No tiene la obligación de proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC podría no ser capaz de investigar su reclamo.
- * El DMHC podría compartir su información personal si es necesario con el plan y los proveedores para investigar su reclamo.
- * El DMHC también podría compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo exija o permita la ley.
- * Tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el coordinador de solicitud de registros del DMHC, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame al 916-322-6727.