

Formulario de quejas/apelación del miembro

Teléfono: 1(415) 547-7800 o 1(800) 288-5555

Fax: 1(415) 547-7825



Here for you

Grievance Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
sfhp.org

| | | | |
|---|-----------|-----------------------------|-------------------------|
| Este formulario es para una: Queja <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> | | SFHP USE ONLY Receipt Date: | |
| Nombre del miembro: | | Número de Id. de Miembro: | Fecha de hoy: |
| Dirección: | | Ciudad: | Código postal: |
| Fecha de nacimiento: | Teléfono: | Teléfono diurno: | Teléfono para mensajes: |
| Nombre de la persona que presenta, si es diferente a la mencionada arriba: | | | |
| Relación: | | Teléfono del representante: | Fax del representante: |
| Describa el problema en detalle: (si es necesario utilice y adjunte hojas adicionales) | | | Fecha del problema: |
| | | | |
| | | | |
| ¿Cómo ha intentado resolver el problema? (use y adjunte hojas adicionales si es necesario) | | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿Qué le gustaría que alguien hiciera con respecto a este problema? (use y adjunte hojas adicionales si es necesario) | | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿Necesitará ayuda con el idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Qué idioma? | |
| ¿Tiene alguna discapacidad física que requiera adaptación? | | | |
| ¿Tiene algún problema que requiera atención médica en los siguientes tres días o tiene dolor fuerte? Describa porqué esperar más de tres días para obtener una respuesta de nosotros dañará su salud (use y adjunte hojas adicionales si es necesario). Usted podría calificar para una queja o apelación expedita. | | | |
| | | | |
| Firma del miembro OBLIGATORIA ¹ : | | Fecha: | |
| SOLO PARA APELACIONES Indique el medicamento/servicio que está apelando: | | | |

¹ Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en permitir que el personal de SFHP lo llame para hablar de este problema.

El personal de San Francisco Health Plan (SFHP) está “aquí para usted”. Podemos ayudarlo a llenar este formulario por teléfono. Llámenos de lunes a viernes al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** de 8:30am a 5:30pm. O alguien se comunicará con usted por teléfono o por correo tan pronto como recibamos este formulario. Trabajaremos de cerca con usted para comprender su queja. Deseamos comprender el problema y ayudar a resolverlo. Le ayudaremos en lo que podamos y responderemos cualquier pregunta que tenga. Podemos ayudarlo en cualquier idioma.

Deseamos que sepa que:

- Tiene derecho a quejarse. Nadie lo va a “castigar”.
- Puede quejarse de su médico, de su enfermera o de San Francisco Health Plan.
- Le ayudaremos a presentar su queja verbalmente o por escrito.
- Todas las quejas son importantes para San Francisco Health Plan.
- Su médico o su enfermera le seguirán proporcionando atención médica mientras revisamos su queja.
- Intentamos responder las quejas en las que su salud está en riesgo inminente en el transcurso de 72 horas.

Si no está de acuerdo con la decisión que se tomó para su tratamiento médico, puede solicitar una apelación. Si usted es miembro de **Medi-Cal**, tiene **60 días** a partir de la fecha de la carta “Aviso de Acción” para presentar una apelación. Pero, **si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibiéndolo, debe presentar la apelación en un plazo máximo de 10 días** contados a partir de la fecha del sello postal de esta carta o la fecha en que se le entregó O antes de la fecha en que su plan de salud indique que se suspenderán los servicios. Debe decir que quiere seguir recibiendo tratamiento cuando usted presente la apelación. Si usted es un miembro de **Healthy Workers HMO**, tiene **180 días** a partir de la fecha de la carta “Aviso de Acción” para presentar una apelación. Comuníquese con San Francisco Health Plan para saber cómo presentar una apelación por teléfono, por escrito o electrónicamente.

Su plan de salud tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, usted recibirá una carta de “Aviso de resolución de apelación”.

Esta carta le indicará lo que decidió el plan de salud. **Si no recibe una carta antes de 30 días, usted puede:**

- Solicitar una “**Revisión Médica Independiente**” (IMR) y un revisor externo que no está relacionado con el plan revisará su caso. La IMR está disponible para miembros de SFHP Medi-Cal y de Healthy Workers HMO.
- Solicitar una “**Audiencia estatal**” y un juez revisará su caso. Las audiencias estatales están disponibles solo para los miembros de SFHP Medi-Cal.

Si considera que esperar 30 días podría ser perjudicial para su salud, es posible que pueda obtener una respuesta en un plazo máximo de 72 horas. Cuando presente su apelación indique por qué la espera podría ser perjudicial para su salud. Asegúrese de pedir una “**apelación expedita**”.

Puede solicitar al mismo tiempo una IMR y una Audiencia estatal. También puede solicitar una antes que la otra, para ver si su problema se resuelve antes. Por ejemplo, si solicita una IMR primero, pero no está de acuerdo con la decisión, aún puede pedir una Audiencia estatal después. Sin embargo, si pide primero una Audiencia estatal, pero la audiencia ya se realizó, no puede pedir una IMR. En este caso, la Audiencia estatal tiene la última palabra. No tendrá que pagar nada por una IMR ni por una Audiencia estatal. Si desea una **IMR**, antes debe presentar una apelación ante su plan de salud. Si no recibe información de su plan de salud dentro de 30 días, o si usted está insatisfecho con la decisión de su plan de salud, entonces usted puede solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR antes de que transcurran **180 días** contados a partir de la fecha de la carta de “Aviso de resolución de apelación”.

Puede obtener una IMR de inmediato sin tener que presentar primero una solicitud de apelación. Esto es para los casos en donde su salud esté en peligro inmediato o en los que se haya denegado su solicitud debido a que el tratamiento se considera de naturaleza experimental o de investigación.

El California Department of Managed Health Care se encarga de regular los planes de los servicios de atención médica. Si desea presentar un reclamo por su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con su plan de salud al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** y aplicar el proceso de reclamo de su plan de salud antes de contactarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de reclamo no le prohíbe ningún derecho ni acciones legales potenciales que estén a su disposición. Si necesita ayuda por un reclamo que

involucra una emergencia, un reclamo que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o un reclamo que ha permanecido sin resolución durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas adoptadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en etapa de investigación y las controversias por el pago de emergencias o los servicios médicos urgentes. El Departamento también cuenta con una línea de teléfono gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencia auditiva o del habla. El sitio web del Departamento **www.dmhca.gov** tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si usted es un miembro de Medi-Cal y desea un **Audiencia estatal**, puede solicitar uno dentro de **120 días** a partir del envío por correo de la carta de "Aviso de resolución de la apelación". Puede solicitar una Audiencia estatal por teléfono o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1(800) 952-5253**. Este número suele estar ocupado. Puede recibir un mensaje para que llame más tarde. Si no puede hablar u oír bien, llame al TTY/TDD **1(800) 952-8349**.
- **Por escrito:** llene un formulario de Audiencia del 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**

Después de solicitar la Audiencia estatal, la resolución del caso y el envío de la respuesta a usted pueden demorar hasta 90 días. Si considera que esperar tanto tiempo podría ser perjudicial para su salud, podría obtener una respuesta en un plazo máximo de 3 días hábiles. Pídale a su médico o a su plan de salud que escriban una carta por usted. La carta debe explicar detalladamente los motivos por los cuales la espera de 90 días hasta obtener la resolución podría deteriorar gravemente su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad. Luego, asegúrese de solicitar una **“audiencia rápida”** y proporcione la carta con su solicitud de una audiencia.

Puede hablar usted mismo en la Audiencia estatal. O puede pedirle a un familiar, amigo, defensor, médico o abogado que hable en su nombre. Si desea que otra persona hable por usted, entonces deberá indicar en la oficina de audiencias del estado que la persona tiene autorización para hablar en su nombre. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

Podrá obtener ayuda legal gratuita. Llame a la línea directa de Health Consumer Alliance al **1(888) 804-3536**. Usted también puede llamar a la Legal Aid Society de su condado, Bay Area Legal Aid, al **1(800) 551-5554**.