

# Formulario de reclamos/ apelaciones del miembro

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

Fax: 1(415) 547-7825

*Here for you*

Coordinador de Reclamos  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119  
sfhp.org

Este formulario es para una: <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Apelación		<b>SOLO PARA USO DE SFHP</b> Fecha de recepción:	
Nombre del Miembro:		Número de identificación de miembro:	Fecha de hoy:
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Teléfono durante el día:	Teléfono para recibir mensajes:
Nombre de la persona que presenta, si es diferente a la mencionada arriba:			
Describa detalladamente el problema: (si es necesario utilice y adjunte hojas adicionales)			Fecha del problema:
¿Cómo ha tratado de resolver el problema? (si es necesario utilice y adjunte hojas adicionales)			
¿Qué le gustaría que se hiciera en relación con el problema? (si es necesario utilice y adjunte hojas adicionales)			
¿Necesitará ayuda con el idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Qué idioma?	
¿Tiene alguna discapacidad física que amerite adaptación?			
¿Tiene algún problema que amerite atención médica en los siguientes tres días o siente mucho dolor? 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 un reclamo o una apelación acelerados.			
<b>OBLIGATORIO</b> Firma del miembro:		Fecha:	
<b>SOLO PARA APELACIONES</b> Mencione el medicamento/servicio objeto de la apelación:			

El personal del 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 postal 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 del 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 plazo 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 usted actualmente está recibiendo tratamiento y quiere continuar recibiendo tratamiento, debe pedir una apelación en un plazo de 10 días** a partir de la fecha en que se puso el sello postal en esta carta o se le entregó O antes de la fecha en que el plan de salud indica que terminarán sus servicios. Cuando presente una apelación, debe indicar que desea continuar recibiendo tratamiento. Si usted es un miembro de **Healthy Kids HMO** o **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 la apelación". Esta carta le indicará lo que el plan de salud ha decidido. **Si usted no recibe la carta en el transcurso de 30 días, puede:**

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

**Puede pedir una IMR y una audiencia estatal al mismo tiempo.** También puede solicitar una antes de la otra, para ver si resuelven primero su problema. 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 una audiencia estatal primero, pero la audiencia ya se ha llevado a cabo, 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 considera que esperar 30 días podría ser perjudicial para su salud, podría obtener una respuesta en un plazo de 72 horas. Cuando presente su apelación indique por qué la espera podría ser perjudicial para su salud. Asegúrese de pedir una “**apelación acelerada**”.

Si desea una **IMR**, antes debe presentar una apelación ante su plan de salud. Si no tiene noticias de su plan de salud en un plazo de 30 días o si no está satisfecho con la decisión de su plan de salud, entonces podrá solicitar una IMR. Tiene que pedir una IMR en un plazo de **180 días** a partir de la fecha de la carta del “Aviso de resolución de la apelación”.

**Puede obtener una IMR de inmediato sin tener que presentar primero una solicitud de apelación. Esto es para los casos en los que 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 Departamento de Atención Médica

Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene un reclamo contra su plan de salud, primero tiene que llamar por teléfono a su plan de salud al **1 (800) 288-5555** o **1(415) 547-7800** y usar el proceso de reclamo de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no impide el uso de algún derecho legal o recurso que pudiera estar a su disponibilidad. Si necesita ayuda respecto a un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Asimismo, usted podría calificar para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted califica para una IMR, el proceso de IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionada con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos de pagos de servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencias del habla y la audición. El sitio web en Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si usted es miembro de Medi-Cal y quiere una **Audiencia estatal**, puede pedir una en el plazo de 120 días después del envío por postal de la carta de "Aviso de resolución de la apelación".

Si tiene deficiencia auditiva, llame a la línea de TDD/TYY al **1(415) 547-7830**, al número de llamada gratuita **1(888) 883-7347** o por medio de California Relay Service al **711**. Puede solicitar este documento en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Atención al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288-5555**.

Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono o por escrito:

- **Por teléfono:** llame al **1(800) 952-5253**. Este número puede mantenerse muy ocupado. Es posible que reciba un mensaje indicándole que llame más tarde. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY/TDD **1(800) 952-8349**.
- **Por escrito:** Llene un formulario de solicitud de Audiencia Estatal 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 que solicite una Audiencia Estatal, podrían transcurrir hasta 90 días antes de que se tome una decisión sobre su caso y se le envíe una respuesta. Si considera que esperar tanto tiempo podría ser perjudicial para su salud, podría obtener una respuesta en un plazo de 3 días hábiles. Pídale a su médico o a su plan de salud que escriban una carta en su nombre. La carta debe explicar con detalle de qué manera la espera de 90 días para la decisión de su caso podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima. Luego, asegúrese de solicitar una "audiencia acelerada" y presente la carta con su solicitud de audiencia.

Usted puede hablar por sí 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 en su nombre, entonces deberá indicar en la oficina de Audiencias Estatales que la persona tiene autorización para hablar en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado".