

Formulario de consentimiento para apelación/queja

Teléfono: **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555**
Fax: **1(415) 547-7825**
Correo electrónico: **grievances@sfhp.org**

Grievance/Appeal Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Nombre del miembro:

Número de ID de SFHP:

Fecha de nacimiento:

Número de caso:

El _____, presentó una queja apelación a San Francisco Health Plan (SFHP) en su nombre

Usted no ha nombrado previamente a _____ como su representante autorizado. Usted debe dar su consentimiento para SFHP para continuar procesando esta queja o apelación.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted entiende:

- Usted le da SFHP permiso para investigar y procesar esta queja o apelación. Esto puede incluir que SFHP se comunique con los proveedores u otras personas nombradas en el reclamo o apelación para obtener más información.
- Si SFHP no recibe este consentimiento por escrito de su parte, SFHP cerrará y retirará esta queja o apelación.
- Puede negarse a firmar este formulario de consentimiento.
- Puede cancelar este consentimiento en cualquier momento poniéndose en contacto con Servicio al Cliente de SFHP.
- Si lo solicita, puede obtener una copia de este formulario de consentimiento.
- Usted puede obtener copias de la información protegida de salud que se utiliza o divulga en relación con este reclamo o apelación a solicitud.
- Este consentimiento por escrito entra en vigor en la fecha de su firma y vence el _____ o un año a partir de la fecha de su firma.

Una vez firmado, envíe el formulario de vuelta a SFHP por correo, fax o correo electrónico.

Firma del miembro: _____ **Fecha de la firma:** _____

El California Department of Managed Health Care se encarga de regular los planes de los 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)** y usar el proceso de reclamo de su plan de salud antes de comunicarse 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 con 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

Formulario de consentimiento para apelación/queja



Teléfono: **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555**
Fax: **1(415) 547-7825**
Correo electrónico: **grievances@sfhp.org**

Grievance/Appeal Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud con relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o 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.dmhc.ca.gov, tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

La "Oficina del Ombudsman" de Atención Administrada de Medi-Cal del estado puede ayudarlo si tiene alguna pregunta. Puede llamarlos al **1(888) 452-8609**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00am a 5:00pm PST, excepto los días festivos.

También puede obtener ayuda de su médico o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (llamada gratuita) o TTY **1(888) 883-7347**. Nuestro horario de atención es de 8:30am a 5:30pm, de lunes a viernes.

Documentos adjuntos:
Información de asistencia de idioma
Aviso de no discriminación