



American Specialty Health Plans of California, Inc.

Formulario de queja para miembros comerciales de ASH Plans

Información importante para miembros de Medicare Advantage: No deben completar este formulario. Soliciten el "Formulario de apelación y queja para miembros del plan Medicare Advantage de California".

Usted tiene derecho a presentar una queja sobre alguno de su atención o servicios médicos, incluido por el fracaso del personal del plan para brindarle atención trans-inclusiva. Complete este formulario para hacerlo. Por ley, ASH Plans —o su plan médico principal— debe darle una respuesta en el plazo de 30 días. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a los números telefónicos que figuran en su tarjeta de identificación de miembro o al consultorio del médico. Si cree que esperar la respuesta de su plan médico será perjudicial para su salud, llame y solicite una "revisión rápida".

Escriba en letra de imprenta o tipee la siguiente información:

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

Dirección

N.º de teléfono residencial (con código de área)

Ciudad, estado y código postal

N.º de teléfono laboral (con código de área)

Nombre del empleador o grupo

N.º de identificación de miembro o inscripción

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Si quien presenta este reclamo no es el miembro, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____ N.º de teléfono de contacto durante el día: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Indique de qué se trata su queja. Incluya las fechas, las horas, los nombres de las personas, los lugares y otra información relacionada con la queja.



American Specialty Health Plans of California, Inc.

Incluya copias de todo aquello que pueda ayudarnos a entender su queja

Si adjuntará otras páginas, marque esta casilla.

FIRME el formulario completado y envíelo por CORREO a P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077 o por FAX al 877-404-2746. O bien, si correspondiera, podría enviar el formulario completado a su plan de salud principal. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Fecha: _____ Firma del miembro: _____

Fecha: _____ Firma del representante: _____

AVISO PARA EL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE

El Departamento de Atención de Salud Administrada de California (*California Department of Managed Health Care*) es responsable de regular los planes de servicio de atención de salud. Si tiene algún reclamo contra su plan de salud, debería llamar primero a su plan de salud al **1-800-678-9133** y usar su proceso de reclamación antes de ponerse en contacto con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamación no le impedirá ejercer los posibles derechos y recursos legales que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que sigue sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en fase de investigación y disputas sobre el pago de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con dificultades de audición y habla. El sitio web en internet del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de queja, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Empleados federales: si usted es un empleado federal, tiene derechos adicionales a través de la Oficina de Administración de Personal (OPM) y no a través del DMHC. Consulte el folleto del Programa de beneficios de salud para empleados federales (Federal Employees Health Benefits, FEHB); en él se indica que puede solicitar ante la OPM la revisión de una denegación después de que le solicita a su plan médico que reconsidere la denegación inicial. En la OPM, se determinará si el plan médico aplicó correctamente los términos de su contrato cuando denegó su reclamación o solicitud de servicio. Envíe la solicitud de revisión a esta dirección: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division IV, P. O. Box 436, Washington, D.C. 20044

Empleados de compañías autoaseguradas: Si está inscrito en su plan de salud a través de un empleador que está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos para los Empleados durante la Jubilación (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), es posible que tenga derecho a presentar una demanda civil según el Artículo 502(a) de ERISA. Primero, asegúrese de que se hayan realizado todas las revisiones correspondientes de su apelación de reclamación y de que su reclamación no haya sido aprobada. Luego, póngase en contacto con el administrador del plan de beneficios de su empleador para averiguar si su plan de beneficios está sujeto a ERISA. Además, usted y su plan de salud pueden tener otras opciones de resolución de disputas alternativas y voluntarias, como la conciliación.



American Specialty Health Plans of California, Inc.

IMPORTANTE: Si tiene inconvenientes para leer este documento o necesita que esté en un idioma distinto del inglés, podemos poner a alguien a su disposición para que lo ayude. Puede llamar al 1.800.678.9133, de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico. No se cobran cargos por este servicio. Como es posible que deba tomar alguna medida a partir de este documento, le recomendamos que nos llame tan pronto como pueda.