

FORMULARIO DE QUEJA PARA LA CANCELACIÓN DE LA COBERTURA MÉDICA: CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN, LA SUSCRIPCIÓN O EL CONTRATO DE SU PLAN

Puede utilizar este Formulario de queja para la cancelación de la cobertura médica para presentar una queja ante el Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada). Si tiene preguntas, llame al Centro de Ayuda, al 1-888-466-2219, o a la línea TDD, al 1-877-688-9891. La llamada es gratuita. Complete y firme el siguiente formulario; asegúrese de incluir los documentos solicitados, tales como avisos de su plan médico, facturas y comprobantes de pago.

Puede enviar este formulario a la siguiente dirección:
 DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE
 HELP CENTER
 980 NINTH STREET, SUITE 500
 SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725

Nombre completo del suscriptor:	Núm. de identificación de miembro de Golden West Dental & Vision (vea la tarjeta de identificación del miembro):
Núm. de identificación de Medi-Cal (si corresponde):	Núm. de identificación de Medicare o Medicare Advantage (si corresponde):
Núm. telefónico para contactarlo durante el día:	Núm. telefónico para contactarlo por la noche:
Dirección postal:	Dirección de correo electrónico:

Si usted no es el suscriptor, proporcione la siguiente información:

Su nombre completo:	Relación con el suscriptor (si corresponde):
Su número de teléfono:	
Su dirección:	
¿Es usted el representante autorizado o el tutor legal del miembro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Quiso que alguien lo ayude con su reclamo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, complete el "Formulario de autorización de asistente" adjunto.

Suministre la siguiente información sobre los inscritos afectados:

Nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro

*ingrese información adicional sobre el inscrito en la sección "motivo para presentar la queja" a continuación

Nombre del plan dental:
Nombre del proveedor de cuidado dental (si corresponde):
Empleador (si corresponde):
Fecha en la que el inscrito recibió el aviso de que la cobertura terminó o terminará:
Fecha en la que el inscrito presentó una queja ante una entidad que no sea el Departamento (si corresponde):
Motivo para presentar la queja:

Firma del inscrito: _____

Para procesar su queja, deberá proporcionar lo siguiente:

Copias de la correspondencia y los avisos recibidos del plan, si los hubiera.

Copias de la correspondencia que envió el inscrito, si la hubiera.
Copias de los comprobantes de pago del último periodo de cobertura que se pagó.
Una Divulgación médica, si fuera necesario, tal como aparece a continuación:

DIVULGACIÓN MÉDICA

Solicito que el Department of Managed Health Care (DMHC) (Departamento de Atención Médica Administrada) tome una decisión sobre el problema que tengo con mi plan. Solicito que el DMHC revise mi Formulario de queja para la cancelación de la cobertura médica a fin de determinar si mi queja reúne las condiciones necesarias para el proceso de reclamo del consumidor del DMHC. Autorizo a mis proveedores, anteriores y actuales, y a mi plan a divulgar mi información médica e historia clínica para revisar este asunto. La historia clínica puede incluir antecedentes médicos sobre salud mental, abuso de sustancias, VIH, informes de diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi queja. También puede incluir registros que no sean médicos y cualquier otra información relacionada con mi queja. Autorizo al DMHC a revisar esta historia clínica e información, y a enviárselas a mi plan. Mi autorización será válida durante un año a partir de la fecha indicada más abajo, salvo en la medida en que lo autorice la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC continúe utilizando mi información de forma interna. Puedo revocar mi autorización antes de dicho plazo si lo deseo. Toda la información que suministré en esta hoja es verdadera.

Firma del inscrito, tutor legal o padre/madre: _____

Fecha: _____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener información sobre los envíos por correo postal o fax.

Si desconoce si su plan está regulado por el Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada), consulte su folleto de beneficios. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarle. Para ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente, llame al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan, al **1-866-926-8078** o a la línea TDD/TTY **711**, para personas con discapacidad auditiva o del habla, y utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no excluye ningún posible derecho legal ni compensación que pueda estar disponible en su caso. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una que no haya tenido resolución alguna durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para solicitar una revisión médica independiente (IMR). De ser así, el proceso de IMR realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas del plan de salud respecto de la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y las disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**), para las personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web **www.dmhc.ca.gov** del departamento puede encontrar formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

La siguiente notificación es requerida por la Ley de Prácticas de Información (Information Practices Act) de 1977 (Sección 1798.17 del Código Civil de California).

- La Ley Knox-Keene de California otorga al Departamento la facultad para regular los planes de salud e investigar los reclamos de los afiliados de los planes.
- El Centro de Ayuda del Departamento utiliza su información personal para investigar su problema con el plan y ofrecerle una IMR, en caso de que cumpla con los requisitos.
- Usted le proporciona esta información al Departamento de manera voluntaria. No está obligado a hacerlo. Sin embargo, si no lo hace, es posible que el Departamento no pueda investigar su reclamo ni ofrecerle una IMR.
- Si es necesario, el Departamento puede compartir su información personal con el plan, con los proveedores y con la Organización de revisión a cargo de la IMR.
- También, podemos compartir su información con otras agencias del gobierno conforme a lo establecido por ley.
- Usted tiene derecho a consultar su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el coordinador de solicitud de registros en Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame al 916-322-6727.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ASISTENTE

Si desea autorizar a otra persona para que lo ayude con su queja, complete las partes A y B que figuran a continuación.

Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de un niño menor de 18 años y solicita esta queja en su nombre, no necesita completar este formulario.

Si usted presenta una queja en nombre de un inscrito que no puede hacerlo porque es discapacitado o incapaz, y si usted tiene la facultad legal para actuar en nombre del inscrito, complete la Parte B únicamente. Adjunte, además, una copia del poder legal para el cuidado de la salud u otro documento que constate que usted está autorizado a tomar decisiones por el inscrito.

PARTE A: INSCRITO

Autorizo a la persona que se indica en la Parte B a continuación a ayudarme con la queja presentada ante el DMHC. Autorizo al personal del DMHC a compartir información sobre mis afecciones médicas y cuidados con la persona que se nombra a continuación. Esta información puede incluir tratamientos de salud mental, tratamientos o pruebas de VIH, tratamientos por problemas de alcohol o drogas, u otra información sobre el cuidado de la salud.

Entiendo que solo se compartirá la información relacionada con mi queja.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a revocarla. En ese caso, debo hacerlo por escrito.

Firma del inscrito: _____ Fecha: _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL INSCRITO

Nombre del asistente (letra imprenta): _____

Firma del asistente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con el inscrito: _____

Núm. telefónico para contactarlo durante el día: _____

Núm. telefónico para contactarlo por la noche: _____

Dirección de correo electrónico (si tiene): _____

Adjunto el poder legal para el cuidado de la salud u otro documento legal: _____ (indicar si

corresponde)