Formulario de presentación de querellas

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Cumplimente este formulario y envíelo a la dirección postal que se indica anteriormente lo antes posible. Recibirá un acuse de recibo en un plazo de cinco días hábiles. En la medida de lo posible, toda querella se resolverá en el plazo de 30 días. Si su querella es urgente o se trata de una emergencia, comuníquese a la línea gratuita del Plan al 1-855-388-6257, (TTY/TDD 711) para el condado de Los Ángeles, o bien al 1-833-479-1984, (TTY/TDD 711) para el condado de Sacramento si desea obtener una revisión inmediata. Los afiliados que presenten una querella contra el Plan no sufrirán ningún tipo de discriminación ni represalias.

Información del afiliado

Nombre del afiliado: _____

N.° de identificación del afiliado: _____

Nombre del suscriptor (si es diferente del anterior): _____

N.° de identificación del suscriptor (si es diferente del anterior): _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Información sobre la querella

Utilice el reverso de este formulario para describir su querella de forma detallada.
Esta querella se presenta contra lo siguiente [marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

☐ Plan ☐ Establecimiento ☐ Personal del establecimiento

Fecha(s) en la que se originó la querella: _____

Información sobre el establecimiento

Nombre del establecimiento: _____ N.° de identificación del establecimiento: _____

Dirección del establecimiento: _____

Nombre(s) del (de los) proveedor(es) del tratamiento: _____

Indique el (los) nombre(s) del (de los) miembro(s) del personal del establecimiento con quien(es) habló sobre este asunto: _____

_____

Definiciones de los procedimientos de presentación de querellas

- Por “querella” se entiende una expresión escrita u oral que indica insatisfacción con respecto al plan o al proveedor, incluyendo inquietudes sobre la calidad del cuidado, e incluirá una queja, una controversia, una solicitud de reconsideración o apelación que presente un afiliado o su representante.
- “Queja” es lo mismo que “querella”.
- “Reclamante” es lo mismo que “querellante”. Se refiere a la persona que presentó la querella, incluyendo el afiliado, un representante designado por el afiliado u otra persona con autoridad para actuar en nombre del afiliado.
- “Resuelta” significa que la querella ha llegado a una conclusión definitiva con respecto a la que presentó el afiliado, y que no existen apelaciones pendientes del afiliado dentro del sistema de presentación de querellas del plan, incluyendo las entidades con autoridad delegada.
- Las querellas “pendientes” son aquellas que no se resuelven en un plazo de 30 días calendario, o bien aquellas que se remitan al sistema de presentación quejas o de revisiones médicas independientes del Departamento.

California Dental Network, Inc. DBA DentaQuest, 23291 Mill Creek Drive, Suite 100, Laguna Hills, CA 92653

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si ha presentado una querella contra su plan de salud, primero debe llamar a dicho plan al 1-855-388-6257, (TTY/TDD 711) en el condado de Los Ángeles, o bien al 1-833-479-1984 (TTY/TDD 711) en el condado de Sacramento, y valerse del proceso de presentación de querellas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de presentación de querellas no prohíbe ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una querella relacionada con una emergencia, una querella que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una querella que no haya sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR facilitará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, así como controversias en materia de pagos por servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web del Departamento (www.dmhc.ca.gov) tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Describa el incidente y el motivo de su querella (adjunte páginas adicionales si es necesario).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Autorizo a cualquier dentista, médico, hospital u otro establecimiento médico o profesional a divulgar todos y cada uno de los expedientes médicos o dentales que se relacionen con mi querella o que puedan afectar la revisión y resolución del Plan.

_____ _____

Firma del afiliado Fecha

Autorizo a California Dental Network, Inc. DBA DentaQuest para analizar esta querella con la(s) persona(s) que se menciona(n) a continuación, incluyendo cualquier expediente médico o dental relevante o información médica personal necesaria que ayude en el procesamiento de esta querella.

_____

Nombre(s) del (de los) representante(s) autorizado(s)

_____ _____

Firma del afiliado Fecha

Formulario de presentación de querellas sobre cancelación de cobertura médica
Formulario de presentación de querellas

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Información del afiliado

Nombre del afiliado: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Nombre del (de la) padre (madre) o tutor (si se cumplimenta para un menor de edad): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ N.° de afiliación: _____

Dirección postal del afiliado: _____

Ciudad, estado y código postal del afiliado: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador (si corresponde): _____

Nombre(s) del (de los) afiliado(s) afectado(s): _____

_____

N.° de identificación del suscriptor de todos los afiliados afectados: _____

_____

Nombre del plan de salud: _____

N.° de identificación de Medi-Cal (si corresponde): _____

N.° de identificación de Medicare o de Medicare Advantage (si corresponde): _____

Grupo médico (si corresponde): _____

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Información sobre la querella

Si corresponde:

Fecha en que el afiliado recibió el aviso de que la cobertura finalizó o finalizará: _____

Fecha en la que el afiliado presentó una querella ante una entidad distinta del DMHC: _____

Si hay disponibilidad, incluya lo siguiente:

- Copias del (de los) aviso(s) del plan y de la correspondencia recibidos, si corresponde
- Copias de la correspondencia enviada por el afiliado
- Copias del comprobante de pago del último período de cobertura pagado

Divulgación médica

Solicito que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) tome una decisión sobre el problema con mi plan. Solicito que el DMHC revise mi "Formulario de presentación de querellas sobre cancelación de cobertura médica" para determinar si mi querella califica para el proceso de presentación de querellas del consumidor del DMHC. Autorizo a mis proveedores, antiguos y actuales, y a mi plan a divulgar mi información y expedientes médicos para revisar este asunto. Estos expedientes pueden incluir informes médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, de imagenología de diagnóstico y otro tipo de expedientes que se relacionen con mi querella. Estos expedientes también pueden incluir expedientes no médicos y cualquier otra información que se relacione con mi querella. Autorizo al DMHC a revisar estos expedientes e información y a enviarlos a mi plan. Mi autorización finalizará un año después de la fecha que se indica a continuación, salvo en los casos permitidos por la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC continúe con el uso interno de mi información. Si lo deseo, puedo finalizar antes mi autorización. Toda la información que he facilitado en esta hoja es verdadera.

Firma del afiliado, tutor legal, padre o madre: _____ Fecha: _____

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si ha presentado una querella contra su plan de salud, primero debe llamar a dicho plan al 1-855-388-6257, (TTY/TDD 711) en el condado de Los Ángeles, o bien al 1-833-479-1984 (TTY/TDD 711) en el condado de Sacramento, y valerse del proceso de presentación de querellas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de presentación de querellas no prohíbe ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una querella relacionada con una emergencia, una querella que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una querella que no haya sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR facilitará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, así como controversias en materia de pagos por servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web del Departamento (www.dmhc.ca.gov) tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Describa el incidente y el motivo de su querella (adjunte páginas adicionales si es necesario).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Adjunte hojas adicionales cuando sea necesario)

Formulario de autorización a asistentes

Cumplimente las partes A y B a continuación si desea autorizar a otra persona para que le preste asistencia con su querella.

No es necesario que cumplimente este formulario si usted es el padre, la madre o el tutor legal que presenta esta querella en nombre de un menor de 18 años de edad.

Cumplimente solo la parte B si presenta esta querella en nombre de un afiliado que no puede cumplimentar este formulario porque es incompetente o está incapacitado y usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de dicho afiliado. También adjunte una copia del poder notarial para decisiones de cuidado médico u otros documentos que indiquen que usted puede tomar decisiones en nombre del afiliado.

Parte A: Afiliado

Autorizo a la persona que se indica a continuación (en la parte B) que me preste asistencia en mi querella presentada ante el DMHC. Autorizo al personal del DMHC a compartir información sobre mi(s) afección(es) médica(s) y cuidado médico con la persona que se indica a continuación. Esta información puede incluir tratamiento de salud mental, tratamiento o exámenes de VIH, tratamiento por problemas de alcoholismo o drogadicción u otro tipo de información sobre cuidado médico.

Entiendo que solo se compartirá la información que se relacione con mi querella.

La aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a darla por finalizada. Si deseo finalizarla, debo hacerlo por escrito.

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Parte B: persona que presta asistencia al afiliado

Autorizo a la persona que se indica a continuación (en la parte B) que me preste asistencia en mi querella presentada ante el DMHC. Autorizo al personal del DMHC a compartir información sobre mi(s) afección(es) médica(s) y cuidado médico con la persona que se indica a continuación. Esta información puede incluir tratamiento de salud mental, tratamiento o exámenes de VIH, tratamiento por problemas de alcoholismo o drogadicción u otro tipo de información sobre cuidado médico.

Nombre de la persona que presta asistencia (en letra de imprenta): _____

Firma de la persona que presta asistencia: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Relación con el paciente: _____

N.° de teléfono diurno: _____

N.° de teléfono nocturno: _____

Dirección de correo electrónico: _____

☐ Adjunto mi poder notarial u otro documento legal respecto a decisiones de cuidado médico (marque si corresponde).

Hoja de instrucciones del formulario de presentación de querellas o quejas

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Ayuda al 1-888-466-2219 o al TDD al 1-877-688-9891. Esta llamada es gratuita.

Cómo presentar el formulario:

1. Presente el formulario en línea en www.dmhc.ca.gov (esta es la forma más rápida).

   O

   Cumplimente y firme el "Formulario de presentación de querellas sobre cancelación de cobertura médica".

2. Cumplimente el "Formulario de autorización a asistentes" si desea que alguien le preste ayuda con su querella.

3. Incluya los documentos solicitados en el "Formulario de presentación de querellas sobre cancelación de cobertura médica", tal como avisos de su plan de salud, extractos de facturación y comprobantes de pago.

4. Si no presenta su formulario en línea, envíelo junto con los documentos justificativos por correo postal o fax a la siguiente dirección:

   Centro de Ayuda, Departamento de Atención Médica Administrada
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   Fax: 916-255-5241

¿Qué sucede después?

El Centro de Ayuda le enviará una carta comunicándole si se ha aceptado su querella. Si se acepta su querella, se tomará una decisión sobre su asunto en un plazo de 30 días. Se notificará la decisión por escrito.

Este aviso es obligatorio por ley

AVISO SOBRE LA LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE 1977
La Ley de Prácticas de Información de 1977 (sección 1798.17 del Código Civil de California) exige el siguiente aviso.

- La Ley Knox-Keene de California faculta al DMHC a regular los planes de salud e investigar las querellas de los afiliados a los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del DMHC utiliza su información personal para investigar el problema con su plan de salud.
- Usted facilita esta información al DMHC de forma voluntaria. No está obligado a hacerlo. Sin embargo, si no lo hace, es posible que el DMHC no pueda investigar su querella.
- El DMHC puede compartir su información personal, según sea necesario, con el plan y los proveedores para investigar su querella.
- El DMHC también puede compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a consultar su información personal. Para ello, comuníquese con el coordinador de solicitudes de expedientes del DMHC (DMHC, Oficina de Servicios Legales, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725) o llame al 916-322-6727.