



Promise Health Plan

Formulario de quejas y apelaciones

Instrucciones:

1. Escriba con letra de molde clara o complete todos los campos siguientes a máquina. Puede adjuntar páginas adicionales, si es necesario.
2. Una vez completado, puede enviar el formulario por alguno de estos medios:



Por correo: Blue Shield of California Promise Health Plan
 Attn: Appeals and Grievances
 3840 Kilroy Airport Way
 Long Beach, CA 90806



Fax: (323) 889-2228

Si tiene preguntas, o si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al (855) 699-5557 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Información del miembro

Este formulario es para presentar una: <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Apelación	Para uso exclusivo de Blue Shield Promise, fecha de recepción:
---	---

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:	Número de identificación del miembro:
---------------------	----------------------	---------------------------------------

Dirección:	Ciudad:	Código postal:
------------	---------	----------------

Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:
---------------------	---------------------------------

Nombre de la persona que completa el formulario, si es diferente del nombre del miembro:	Relación:	Teléfono del representante:
--	-----------	-----------------------------

(Los siguientes campos a continuación son opcionales)

Sexo (genero) asignado al nacer:	Identidad de género:	Orientación sexual:
----------------------------------	----------------------	---------------------

Estado civil:	Pronombres del/de la miembro:	Raza:
---------------	-------------------------------	-------

¿Es usted de origen hispano, latino o español?	Origen étnico:
--	----------------

Naturaleza de la queja o apelación

¿Dónde ocurrió el problema? (nombre de la farmacia, hospital o clínica)	Fecha del problema:
---	---------------------

¿Con quién fue el problema, además de usted? (Ingrese los nombres del personal involucrado, si es posible).

Describa el problema en detalle:

SOLO PARA APELACIONES: Indique el servicio que está apelando (escriba el número de autorización de la carta de denegación):

Resolución

¿Cómo ha intentado resolver este problema?

¿Cuál cree que sería una buena solución a su problema?

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Quiénes pueden presentar un caso?

Cualquier miembro de Blue Shield Promise puede presentar un caso. Debe ser miembro elegible al momento en que ocurrió el problema o en la fecha en que se denegaron sus beneficios.

Si desea que alguien lo represente, esta persona debe tener su aprobación. Para ello, debe completar un formulario de designación de representante (AOR) o presentar otro comprobante escrito de representación legal. Para solicitar un formulario de AOR, llame a Servicio al Cliente al (855) 699-5557 (TTY: 711). También puede encontrar el formulario de AOR en línea en blueshieldca.com/en/bsp.

Un proveedor puede presentar una apelación en su nombre sin el formulario de representante autorizado. Esto se debe a que lo que disputa es el servicio que necesita para tratarlo.

¿Qué es una queja?

Una queja es cuando usted tiene un problema o está disconforme con los servicios que está recibiendo de Blue Shield Promise o de un proveedor. Un ejemplo de una queja es que haya debido esperar demasiado para conseguir una cita con su médico. No hay un plazo límite para presentar una queja.

Puede presentar una queja si cree que puede haber sido objeto de discriminación con base en alguna de las características protegidas en virtud de la ley CA (como una condición médica, embarazo, su raza, una discapacidad, ascendencia, nacionalidad, religión, edad, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual o estado civil). También puede presentar una queja si cree que el personal del plan no le brindó atención inclusiva para personas trans.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud para que Blue Shield Promise revise y cambie una decisión que tomamos acerca de sus servicios. Si le enviamos una carta de Notificación de acción (NOA) que le indica que estamos denegando, retrasando, cambiando o terminando un servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarnos una apelación. También incluye no pagar los servicios cubiertos. Un ejemplo de apelación es si no está de acuerdo con una cirugía denegada. Debe presentar su apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de Notificación de acción (NOA).

Proceso y plazos

Una vez presentado su caso, se le asigna un coordinador de quejas y apelaciones que investigará su problema. Se le envía por correo una carta el día 5 o antes para informarle que se ha recibido su caso. El Coordinador de Quejas y Apelaciones se comunicará con usted para hacerle algunas preguntas sobre el problema informado.

Al final del proceso, recibirá una llamada telefónica y una carta del coordinador de apelaciones y quejas para informarle el resultado de la investigación.

La mayoría de las quejas y apelaciones se analizan dentro de los 30 días calendario de recibidas.

Si tiene un asunto urgente que involucra un problema de salud grave, iniciaremos una revisión acelerada (rápida). Le comunicaremos la decisión dentro de las 72 horas. Para solicitar una revisión acelerada, llámenos al Servicio al Cliente al (855) 699-5557 (TTY: 711).

El Departamento de Atención Médica Administrada exige que Blue Shield of California Promise Health Plan le informe lo siguiente:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene alguna queja contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al (855) 699-5557 y seguir su proceso de queja antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento para presentar quejas no impide el ejercicio de posibles derechos o recursos legales que pueda tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relativa a una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una queja sin resolver en un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda.

También es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (IMR). De ser así, durante el proceso de la IMR se realiza una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o en investigación y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también tiene un teléfono gratuito, el (888) 466-2219, y una línea TDD, (877) 688-9891. En la página web del Departamento, www.dmhc.ca.gov, podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.