

## 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 los servicios médicos o la atención médica que haya recibido. 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 Médica Administrada (DMHC) de California tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja contra su plan de salud, en primer lugar, debe llamar al **1-800-678-9133** y utilizar el proceso de quejas de su plan antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas no le impide acceder a los posibles derechos o recursos legales que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan médico no ha resuelto de manera satisfactoria o una queja que ha permanecido sin resolución durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. Puede tener derecho a solicitar una revisión médica independiente si cree que ASH Plans, o uno de los proveedores contratados de ASH Plans, ha denegado, modificado o retrasado los servicios médicos de forma indebida. También puede tener derecho a una revisión médica independiente (IMR). Si tiene derecho a una IMR, el proceso de IMR le ofrece una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación, y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número telefónico sin cargo (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del Departamento ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) cuenta con formularios de quejas, formularios de 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.