

Apelación para Reconsideración de la Negación

Instrucciones: Por favor complete esta forma para solicitar una apelación a nuestra decisión de la negación, aplazamiento o modificación de un servicio o pago de un servicio que usted o un representante suyo solicito. Envíe la forma completada a la dirección aquí abajo. El Departamento de Servicios del Plan de Salud se lo hará seguir el director médico o el director principal de Servicios del Plan de Salud. El Director indicado asegurará que este formulario sea enviado a un tercero imparcial para que lo revise.

Fecha: _____

Para: On Lok PACE
Health Plan Services Department
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

De: _____
Nombre del / de la Participante / Representante del / de la Participante / Proveedor(a)

Dirección y Teléfono de la Persona que se identifica por encima

On Lok PACE #

Centro

Yo, _____, participante / representante / proveedor (cierre
Nombre

uno con un círculo) por la presente apelo la negación, aplazamiento, o modificación del/ los siguiente(s) servicio(s) o pago por servicio:

para: _____
Nombre y Apellido de la Persona que recibe el / los servicio(s)

por la razón / las razones siguiente(s):

Por favor revise mi petición y comuníqueme su decisión tan pronto sea posible.

Firma

Fecha

El Departamento de Atención Médica Administrada de California se encarga de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe comunicarse por teléfono a su plan de salud al **415-292-8895** o al **1-888-996-6565 (TY: 711)** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no excluye ningún derecho jurídico ni solución potencial que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que implique una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que continúe sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud respecto a la necesidad desde el punto de vista médico de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones sobre la cobertura de tratamientos experimentales o de investigación, y disputas sobre el pago de servicios de emergencia o servicios médicos de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea para TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas o del habla. El sitio web del departamento, <http://www.dmhca.gov>, cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

For On Lok PACE Staff Use Only:

-
- On Lok PACE staff member who received the appeal:
 ___ Health Plan Services Department
 ___ Social Worker
 ___ Other, specify: _____
 - Request received by the On Lok PACE staff member identified above: Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department notified of the appeal by telephone or e-mail:
 Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant: Date _____
 - Health Plan Services Department telephoned acknowledgement of receipt to the participant:
 Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department sent a written notification of the decision to the participant:
 Date _____ Time _____
 - Health Plan Services Department telephoned notification of the decision to the participant:
 Date _____ Time _____