HealthPlan OF SAN MATEO

Print Form

Formulario de Queja (Reclamación) Confidencial del Miembro

Este formulario es opcional. También puede presentar una queja llamando al Departamento de Reclamaciones y Apelaciones de Health Plan of San Mateo.

Si tiene preguntas sobre este formulario o desea presentar una queja verbalmente, por favor llámanos al **1-888-576-7227** o al **650-616-2850**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Queremos ayudarle a resolver su queja satisfactoriamente y tan pronto como sea posible. No ejerceremos ninguna discriminación en su contra ni limitaremos sus beneficios porque exprese inquietudes o presente una queja. Su proveedor (médico) tampoco puede ejercer discriminación en su contra porque presente una queja.

Nombre del miembro | Número de identificación | Fecha de nacimiento

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Número de teléfono

Queja presentada por:

- ☐ Miembro/Por cuenta propia
- ☐ Padre/Madre/Tutor (si el miembro tiene menos de 18 años)
- ☐ Proveedor
- ☐ Representante autorizado

*Si esta queja es presentada por el representante autorizado del miembro, es obligatorio presentar un formulario de designación de representante (AOR) u otra prueba escrita de representación legal. Para obtener un formulario AOR, por favor llame a Servicios al Miembro del HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. También puede encontrar el formulario AOR en Internet, en www.hpsm.org.

- ☐ Otro (Por favor indique su relación o parentesco con el miembro):

Por favor, describa detalladamente el problema:

¿Cuándo ocurrió este incidente?

¿Dónde ocurrió?

¿Qué le gustaría que ocurriera?

Si su queja es contra su médico u otro proveedor, por favor complete la sección a continuación:

Nombre del proveedor/médico:

Número de teléfono del proveedor (si está disponible):

Dirección del proveedor (si está disponible):

Ciudad

Estado

Código postal

¿Tiene usted un problema que necesita atención médica en los próximos tres días, o tiene un dolor intenso? (Si necesita atención médica inmediata, por favor diríjase a la sala de emergencia más cercana).

☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique

Firma

Fecha

Por favor, envíenos el formulario completado por correo a:

Health Plan of San Mateo
Attn: Grievance and Appeals Unit
801 Gateway Blvd., Suite #100
South San Francisco, CA 94080

O por fax a:

650-829-2002

Después de recibir este formulario completado, el/la Coordinador/a de Reclamaciones y Apelaciones de HPSM lo llamará para hablar sobre su queja y para repasar el proceso de reclamación (queja) de HPSM.

El Departamento de administración de la atención de la salud exige a Health Plan of San Mateo informarle lo siguiente:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna reclamación contra su plan de salud, deberá llamar primero a su plan de salud al **1-800-750-4776** (TTY **1-800-735-2929** o **7-1-1**) y seguir el proceso de reclamación de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamación no prohíbe ningún derecho o recurso potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una reclamación relacionada con una emergencia, una reclamación que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una reclamación que haya permanecido sin solución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para que se realice una Evaluación Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje. En el sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

Tiene derecho a presentar una reclamación, de acuerdo con los procedimientos estándar de HPSM para las reclamaciones, por la omisión del personal de HPSM en brindarle atención inclusiva para personas trans. Puede usar este formulario, o presentar su queja por teléfono, por email, personalmente o en línea.