

**PARTNERSHIP HEALTHPLAN OF CALIFORNIA**

# **FORMULARIO PARA RECLAMOS DEL MIEMBRO**



Devolver a:

Partnership HealthPlan of California

Atención: Grievance Unit

4665 Business Center Drive

Fairfield, CA 94534

800-863-4155 Teléfono

707-863-4351 Fax

**JUNTOS POR SU SALUD**

Partnership HealthPlan of California (PHC) tiene un sistema de reclamos para ayudarle a resolver problemas con los servicios y atención médica. El sistema de reclamos trata la manera en que PHC maneja las quejas y apelaciones.

### **Cómo presentar una queja o apelación**

Hay dos tipos de reclamos; queja y apelación. Tiene derecho a presentar una queja o una apelación sobre cualquier problema relacionado con su beneficio de Medi-Cal. Su reclamo debe explicar su problema y porque no está de acuerdo con la decisión tomada por PHC, uno de sus proveedores o si no está satisfecho con el servicio que recibió. Tenga en cuenta que PHC no maneja problemas sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Para problemas de elegibilidad comuníquese con su trabajador de elegibilidad del condado.

### **Proceso de reclamos**

Un reclamo es una expresión de insatisfacción. Los reclamos se pueden presentar por teléfono, por escrito, en persona, se pueden presentar a través de un proveedor contratado y a través del sitio web de PHC <http://www.partnershiphp.org>

### **Procesamiento de su reclamo**

PHC le enviará una carta de acuse de recibo dentro de cinco (5) días calendario a partir de la fecha de recepción de su reclamo. Usted puede comunicarse con el Personal de reclamos de PHC para discutir su reclamo. PHC le enviará una resolución por escrito sobre su reclamo dentro de treinta (30) días a partir de la recepción de su reclamo. PHC hará todos los esfuerzos necesarios para resolver su reclamo dentro de treinta (30) días calendario. Sin embargo, si hay alguna razón por la que esto no sea posible, se le notificará por medio de una carta que se necesita tiempo adicional. PHC entonces le enviará una resolución por escrito dentro de quince (15) días calendario. Si no está satisfecho con nuestra resolución, puede solicitar una Audiencia estatal.

Para presentar una Audiencia estatal, consulte la Sección 5 de su manual del miembro para obtener más información.

Tenga en cuenta, no tiene que presentar un reclamo a través de PHC. Tiene derecho a presentar una Audiencia estatal si no está de acuerdo con una decisión tomada por PHC o uno de sus proveedores o si desea presentar una queja. Puede presentar una Audiencia estatal durante o después de presentarla a PHC.

### **Solicitud de revisión expedita**

Si considera que un retraso en el procesamiento de su reclamo por medio del marco de tiempo estándar creará una amenaza grave para su salud, incluyendo, pero sin limitarse a dolor severo, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal principal función, puede llamar al Departamento del servicio al miembro de PHC al 800-863-4155 y solicitar una queja expedita.

### **Marcos de tiempo para el envío**

Debe presentar su queja dentro de ciento ochenta (180) días calendario después de cualquier incidente o acción con la que no está satisfecho. Debe presentar una apelación dentro de noventa (90) días calendario a partir de la fecha de aviso de acción.

### **Información de audiencia estatal**

Existen cuatro formas de solicitar una Audiencia estatal. Por teléfono al (800) 952-5253, TDD (800)-952-8349, por correo California State Department of Social Services State Hearing Division P.O. Box 944243 Mail Station 9-17-37 Sacramento, CA 94244-2430 por fax al (916) 651-5210 o (916) 651-2789 o al presentarla en persona en su oficina del condado local. Para obtener más información, consulte su manual del miembro.

### **Representante autorizado**

Se requiere los formularios del representante autorizado para las quejas presentadas para los miembros mayores de 18 años.

### **Sus derechos**

Para conocer más sobre sus derechos y el proceso de reclamos, llame a Servicios al miembro al (800) 863-4155.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en el día: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Seleccione uno de los siguientes tipos de queja que desea presentar :  Queja  Apelación

**Quejas**

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Quién estuvo involucrado: \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el incidente?: \_\_\_\_\_

¿Cuál(es) fue(ron) el(los) problema(s)?: \_\_\_\_\_

¿Qué acción(es) llevó a cabo para resolver el(los) problema(s)?: \_\_\_\_\_

¿Qué consideraría una solución adecuada para el(los) problema(s)?: \_\_\_\_\_

**Apelaciones**

Fecha de denegación o modificación: \_\_\_\_\_ N.º de autorización TAR/TAR: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento/servicio denegado o modificado: \_\_\_\_\_

¿Por qué considera que PHC estaba equivocado?

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección de representante autorizado**

Nombre de la persona que completa este formulario (si es diferente a la indicada anteriormente)

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto : \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta, debe completar un formulario de representante autorizado firmado si no hay uno en el archivo para los miembros mayores de 18 años. **Complete el reverso de este formulario.**



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN DE ATENCIÓN  
MÉDICA DEL PACIENTE**

4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax: (707) 863-4415  
www.partnershiphp.org

Redding Regional Office  
3688 Avtech Parkway  
Redding, CA 96002  
Fax: 530-223-2508

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/año): \_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_

ID del miembro/CIN: \_\_\_\_\_

**Solicito y autorizo \_\_\_\_\_ divulgar la información  
médica del paciente mencionado anteriormente:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE DIVULGACIÓN (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)**

Telefónicamente/verbalmente (teléfono #): \_\_\_\_\_  correo de los Estados Unidos/en persona  
Fax#: \_\_\_\_\_

**ESTA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN APLICA A: (Colocar iniciales si aplica)**

- \_\_\_\_\_ Copias de los expedientes o información médica dentro de las siguientes fechas:  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Toda la información atención médica (excepto registros protegidas)
- \_\_\_\_\_ Registros que se limitan a un proveedor médico específico: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Información de atención médica relacionada con un tratamiento específico o condición: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Asistencia con problemas médicos y farmacéuticos
- \_\_\_\_\_ Autorización para cambiar de proveedor de atención primaria
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES PROTEGIDOS**

**La siguiente información no se divulgará a menos que usted lo autorice al colocar sus iniciales al lado de las declaraciones continuación (para saber las definiciones de cada declaración, vea la página tres de este documento):**

- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el diagnóstico y tratamiento por el abuso de drogas y alcohol, (42 C.F.R. §§2.34 and 2.35).
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de la salud mental (Welfare and Institutions Code §§5328, et seq.)
- \_\_\_\_\_ Divulgación de los resultados de las pruebas para VIH/SIDA (Health and Safety Code §120980(g)).

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN (colocar iniciales en cada artículo)**

\_\_\_\_\_ A menos que sea revocado, esta autorización vence el \_\_\_\_\_  
(insertar fecha).

\_\_\_\_\_ Esta autorización es válida hasta que el miembro notifique al PHC sobre la terminación.

\_\_\_\_\_ Si la fecha no está indicada, la autorización vencerá 90 días posteriores a la fecha en que se firmó este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma (Miembro, padre, tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro  
(Padre, tutor, defensor, representante del miembro)

**NOTIFICACIONES**

Partnership HealthPlan of California y otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud son requeridos por la ley para mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a una persona que no está legalmente obligada a mantener la confidencialidad, podría ya no estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

**SUS DERECHOS**

Esta autorización de divulgación la información médica es voluntaria.

Los tratamientos, pagos, inscripciones o elegibilidad para los beneficios pueden no estar sujetos a condiciones tras firmar esta autorización a excepción de los siguientes casos:

- (1) Para llevar a cabo el tratamiento de investigación
- (2) Para obtener información en relación con la elegibilidad e inscripción de un plan de salud
- (3) Para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo
- (4) Para crear información de salud para proporcionarla a terceros

Esta autorización puede ser retirada y revocada en cualquier momento. Se debe presentar la revocación por escrito, firmado por usted o el representante del paciente y enviarla a:

Partnership HealthPlan of California (PHC)  
c/o Member Services Department  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax: (707) 863-4415

Partnership HealthPlan of California (PHC)  
c/o Member Services Department  
3688 Avtech Parkway  
Redding, CA 96002  
Fax: 530-223-2508

La revocación entrará en vigencia cuando el PHC la reciba. Sin embargo, su retiro/revocación no afectará los derechos de cualquier persona que actúa en la confianza de este consentimiento antes del aviso de retiro/revocación.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

## **DEFINICIONES**

**Enfermedades de transmisión sexual (ETS)**, según la definición del título, 17 CCR § 2500 incluye chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, sífilis, gonorrea, clamidia, enfermedad inflamatoria pelviana y uretritis no gonocócica

**VIH/SIDA**, según la definición del Health and Safety Code § 120775, "SIDA" significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH significa virus de inmunodeficiencia humana o el virus etiológico del SIDA.

**Tratamiento de drogas o alcohol**, según la definición del título, 22 CCR § 51341.1 incluye los servicios del programa de tratamiento de narcóticos, tratamiento libre de drogas para pacientes ambulatorios, sesiones de asesoría grupales, asesoría individual, servicios de habilitación de atención diurna, servicios de trastorno por uso de sustancias residencial perinatales, servicios de tratamiento para naltrexona.

**Tratamiento para la salud mental**, según la definición del título 9 CCR § 1830.205, incluye trastorno profundo del desarrollo, comportamiento perjudicial y trastornos de déficit de atención, desórdenes alimenticios, trastornos de la eliminación, esquizofrenia y otros trastornos psicótico, trastornos del estado de ánimo, trastornos Somatoformes, trastornos provocados, trastornos disociativos, parafilias, trastorno de la identidad de género, trastornos del control de impulsos, trastornos de personalidad, trastornos de movimiento inducido por medicamentos.