

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMOS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS

NUESTRA MISIÓN: Ayudar a nuestros miembros y a las comunidades que servimos a cuidar su salud



¡Su punto de vista importa! Queremos que tenga la mejor atención y servicio posible. Si tiene un problema mientras usa su plan de Partnership Medi-Cal, tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación. Complete el formulario adjunto. Díganos qué sucedió y cómo podemos ayudarlo. Explique por qué no está satisfecho con su experiencia o por qué su beneficio o servicio debe ser aprobado. Cuando usted nos informa de su problema, nos ayuda a mejorar la atención para todos los miembros. Los casos generalmente se investigan dentro de los 30 días. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentar un caso. Si elige que alguien lo represente, esta persona tener autorización registrada en Partnership. Si tiene problemas con la elegibilidad para Medi-Cal, llame a su asistente social del condado.

¿Qué es un reclamo?

¿No está satisfecho con su servicio? Un reclamo es una solicitud para que Partnership revise un problema con los servicios que recibió de su proveedor o de Partnership. Un ejemplo de un reclamo es esperar demasiado tiempo para recibir una cita con su médico. No hay un límite de tiempo para presentar un reclamo.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud para que Partnership revise una decisión tomada sobre un beneficio o servicio que ha sido denegado, limitado o interrumpido. También incluye no pagar por los servicios cubiertos. Un ejemplo de una apelación es si no está de acuerdo con una cirugía denegada. Debe presentar su apelación dentro de un plazo de **60 días corridos** a partir de la fecha de la carta de Notificación de Acción (NOA, por sus siglas en inglés). La carta de NOA le dice por qué le negamos un beneficio.

Cómo presentar un reclamo o una apelación

 **(800) 863-4155 o (800) 735-2929 (TTY)**
Llame a Servicios para Miembros de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. para obtener ayuda con la presentación de un caso. Pida a Servicios para Miembros un intérprete u otros servicios de asistencia lingüística si necesita ayuda para comunicarse.

También puede presentar su caso en línea, por correo postal, fax o en persona.



Partnership HealthPlan of California
ATTN: Grievance & Appeals Dept.
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534



Presentar por fax a:
(707) 863-4351



Presentar en línea en:
www.partnershiphp.org



Presentar en persona en:
Fairfield: 4665 Business Center Drive, Fairfield,
CA 94534

Si no está satisfecho con la decisión sobre cualquier apelación, puede presentar una Audiencia Estatal al Departamento de Servicios Sociales de California. Para obtener ayuda llame al **(800) 952-5253**.

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR/PERSONAL DEL CONSULTORIO

Si un miembro expresa algún problema durante la visita, puede utilizar cualquiera de los métodos anteriores o completar este formulario para presentar un caso. Usted o el miembro pueden enviar el formulario completado por fax al **(707) 863-4351**. Partnership investigará sus inquietudes. Partnership no compartirá los resultados de la investigación con el proveedor o su consultorio. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de reclamos y

apelaciones, comuníquese con su representante de relaciones con los proveedores de Partnership. Las políticas y procedimientos de PHC impiden que cualquier parte tome represalias contra una persona que presente un caso o participe en la investigación de un reclamo o una apelación.



FORMULARIO DE RECLAMOS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS

Fecha de hoy:	Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> No se sabe
----------------------	--

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro:	ID/CIN del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección de correo:	Ciudad:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:	
Nombre de la persona que completa el formulario:	Persona que completa el formulario: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Representante autorizado <input type="checkbox"/> Otro	

NATURALEZA DEL RECLAMO O DE LA APELACIÓN

Fecha del problema:	¿Dónde ocurrió el problema?
¿Quién estuvo involucrado?	

Describe brevemente el problema. Incluya cualquier información que pueda ser útil para investigar su caso.

Si le negamos un beneficio, escriba el número de autorización de la carta de NOA. Si no lo tiene, escriba la fecha de servicio(s).

RESOLUCIÓN

¿Qué pasos ha tomado para solucionar el problema?

¿Cómo puede ayudar Partnership?

Firma del miembro:	Fecha:
---------------------------	---------------

Enviar por correo postal a: Partnership, 4665 Business Center Dr., Fairfield, CA 94534
Teléfono: (800) 863-4155 **FAX:** (707) 863-4351