



P.O. Box 2756  
Mission Viejo, CA 92690  
1-888-439-3392  
TDD: 1-949-364-1289  
www.eyexamofca.com

## FORMULARIO DE QUEJA POR CANCELACIONES, ANULACIONES Y NO RENOVACIONES

### Información del afiliado

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Sexo Masculino  Femenino  Otro

Nombre del padre/de la madre o del tutor legal si se completa para un menor de edad \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

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

Teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto durante la noche \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del plan médico \_\_\_\_\_ N.º de afiliado \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico (si está inscrito en un grupo médico) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ No está empleado

Fecha en la que el afiliado recibió el aviso de que la cobertura había cesado o iba a cesar \_\_\_\_\_

Fecha en la que el afiliado presentó una queja ante EYEXAM of California, Inc. (EECA) \_\_\_\_\_

Fecha en la que el afiliado presentó una queja ante una entidad diferente al Departamento, si corresponde \_\_\_\_\_

Dele a EECA lo siguiente: 1) copias de los avisos de EYEXAM y de las correspondencias que recibió, si las hubiere; 2) copias de las correspondencias enviadas por el afiliado, si las hubiere; 3) copias del comprobante de pago correspondiente al último período de cobertura pagado; y 4) la autorización para revelar información médica de abajo.

¿Quiere que alguien lo ayude con su reclamo?  Sí  No

En caso afirmativo, complete el "Formulario de asistente autorizado" adjunto.

¿Ha presentado un reclamo o una queja ante EYEXAM of California?  Sí  No

¿Quiere que le paguen un servicio que ya recibió?  Sí  No

En caso afirmativo, indique las fechas en que recibió el servicio y el nombre del proveedor:

¿Quiere una autorización para recibir servicios en el futuro?  Sí  No

¿Necesita ayuda con las actividades diarias o considera que tiene una discapacidad?  Sí  No

# FORMULARIO DE QUEJA POR CANCELACIONES, ANULACIONES Y NO RENOVACIONES

Explique brevemente el motivo por el que presenta la queja.

Firma del afiliado, del tutor legal o del padre/de la madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Autorización para revelar información médica**

Solicito que el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) tome una decisión sobre mi problema con EYEXAM. Solicito que el DMHC revise mi Formulario de queja sobre la cancelación de la cobertura de atención médica para determinar si mi queja califica para el proceso de reclamo del cliente del DMHC. Al firmar y fechar abajo, autorizo a mis proveedores, anteriores y actuales, a revelar mi información y mis registros médicos para revisar este asunto. Es posible que estos registros incluyan informes médicos, sobre la salud mental, el consumo de sustancias, el VIH y las pruebas diagnósticas por imágenes, y otros registros relacionados con mi queja. Estos registros también pueden incluir notas no médicas y cualquier otra información relacionada con mi queja. Autorizo al DMHC a revisar estos registros y la información, y a que los envíe a EYEXAM. Mi permiso expirará cuando transcurra un año desde la fecha indicada abajo, a excepción de lo permitido por la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC siga usando mi información de manera interna. Si quiero, puedo cancelar mi permiso antes enviando una solicitud por escrito. Toda la información que incluí en esta hoja es verdadera.

Firma del afiliado, del tutor legal o del padre/de la madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Lea la hoja de instrucciones adjunta para ver la información para envíos por correo o fax.

## **DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA RESPECTO A LA CANCELACIÓN, LA ANULACIÓN O LA NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN EN EL PLAN, LA SUSCRIPCIÓN O DEL CONTRATO**

Si cree que la cancelación, la anulación o la no renovación de su cobertura de atención médica se ha hecho, o se hará, de manera inadecuada, tiene derecho a presentar una queja ante el Plan o el Departamento de Atención Médica Administrada (en adelante, “DMHC” o el “Departamento”).

### **OPCIÓN (1): PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA ANTE SU PLAN**

Puede presentar una queja ante EYEXAM of California, Inc. (en adelante, “EYEXAM” o “el Plan”) llamando al 1-888-439-3392, en línea en [www.eyexamofca.com](http://www.eyexamofca.com), o enviando por correo su queja escrita o el formulario de arriba completo a: P.O. Box 2756, Mission Viejo, CA 92690. Si cree que la cancelación, la anulación o la no renovación se debe a un error, es posible que primero quiera presentar la queja ante EYEXAM. Las quejas deben presentarse lo antes posible. EYEXAM tomará una decisión respecto a su queja o fijará el estado “pendiente” dentro de los tres (3) días calendario. Si no recibe una respuesta del Plan dentro de los tres (3) días calendario o si, de algún modo, no queda satisfecho con la respuesta del Plan, puede presentar una queja ante el Departamento como se indica abajo, en la Opción 2.

### **OPCIÓN 2: PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA DIRECTAMENTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.**

Puede presentar una queja ante el Departamento sin que la haya presentado primero ante el Plan o después de que reciba la decisión del Plan respecto a su queja. Puede presentar una queja ante el DMHC en línea en este sitio web: <http://www.dmhc.ca.gov>. Puede presentar una queja al DMHC por correo a: HELP CENTER DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE, 980 NINTH STREET, SUITE 500, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725. Puede comunicarse con el DMHC para obtener más información sobre cómo presentar una queja al: TELÉFONO 1-888-466-2219, TDD: 1-877-688-9891 o FAX: 1-916-255-5241.

# FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

- **Si quiere autorizar a otra persona para que lo ayude con su queja, complete las Partes A y B abajo.**
- Si usted presenta esta queja como padre, madre o tutor legal de un menor de 18 años, no es necesario que complete este formulario.
- Si presenta esta queja para un afiliado que no puede completar este formulario porque es incompetente o está incapacitado, y usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este afiliado, complete la Parte B solamente. También adjunte una copia del poder notarial para decisiones de atención médica u otros documentos que determinen que puede tomar decisiones por el afiliado.

## PARTE A: AFILIADO

Autorizo a la persona que se indica abajo en la Parte B a que me ayude con mi queja presentada ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Autorizo al personal del DMHC a compartir información sobre mi condición médica y atención con la persona que se indica abajo. Esta información puede incluir tratamiento de salud mental, tratamiento o pruebas de VIH, tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción u otra información de atención médica.

Entiendo que solo se compartirá la información relacionada con mi queja.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a revocarla. Si quiero revocarla, debo hacerlo por escrito.

Firma del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL AFILIADO

Nombre de la persona que asiste (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de la persona que asiste \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Relación con el afiliado \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (si está disponible) \_\_\_\_\_

Se adjunta mi poder para decisiones de atención médica u otro documento legal.

# Hoja de instrucciones del formulario de quejas/reclamos

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada al 1-888-466-2219 o TDD, 1-877-688-9891. Esta llamada es sin cargo.

## Cómo presentar una queja:

- 1) A través del sitio web del Departamento: <http://www.dmhc.ca.gov>. Esta es la forma más rápida.  
O  
Complete y firme el Formulario de queja sobre cancelación de la cobertura de atención médica.
- 2) Para que alguien lo ayude con su queja, complete el "Formulario de asistente autorizado".
- 3) Incluya los documentos requeridos en el Formulario de queja sobre cancelación de la cobertura de atención médica, como avisos de su plan médico, estados de cuenta de facturación y pruebas de pago.
- 4) Si no quiere presentar la queja en línea, envíe por correo o fax su formulario y cualquier documento de respaldo a:  
Department of Managed Health Care Help Center  
980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

## ¿Qué sucede después?

El Departamento de Relaciones con el Paciente le enviará una carta en la que se indicará si su queja ha sido aceptada. Si esto es así, se tomará una decisión sobre su asunto en un plazo de 30 días. Esta se notificará por escrito.

Si se determina que su queja se debe revisar a través del proceso de quejas, se tomará una decisión sobre su asunto en un plazo de 30 días. Esta se notificará por escrito.

La Ley de Práctica de la Información (Information Practice Act) de 1977 (Código Civil de California, Sección 1798.17) exige este aviso.

- La Ley Knox-Keene (Knox-Keene Act) de California otorga al DMHC la autoridad para regular los planes médicos e investigar las quejas de sus miembros.
- El Centro de Ayuda del DMHC utiliza su información personal para investigar su problema con su plan médico.
- Usted le da al DMHC esta información voluntariamente. No tiene la obligación de suministrar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC no podrá investigar su queja.
- El DMHC puede compartir su información personal, según sea necesario, con el Plan y sus proveedores para ayudar a investigar su queja.
- Este también puede compartir su información personal con otras agencias gubernamentales según lo requiera o permita la ley.
- Tiene derecho a ver su información personal. Para ello, comuníquese con el coordinador de solicitudes de registros del DMHC: DMHC, Office of Legal Services, 980 9<sup>th</sup> Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725; o llame al 916-322-6727

El Departamento de la Administración del Cuidado de la Salud de California es responsable de regular los planes de servicios para el cuidado de la salud. Si tiene alguna inconformidad en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **(888) 439-3392** y emplear el proceso de quejas de su plan antes de llamar al departamento. El Plan también tiene una línea TDD **(949) 364-1289** para personas con dificultades auditivas. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho jurídico posible o indemnización que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una inconformidad relacionada con una emergencia, una inconformidad que su plan médico no haya resuelto satisfactoriamente o una inconformidad que haya quedado sin solución durante más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para que se le realice una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review o IMR*). Si es elegible para una IMR, el proceso de la IMR realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento recomendados, decisiones de cobertura para un tratamiento experimental o de investigación y controversias de pago por servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento cuenta con un número sin costo **(1-888-466-2219)** y una línea para personas con discapacidad auditiva y del habla **(1-877-688-9891)**. La página Web del departamento <http://www.dmhc.ca.gov> ofrece formularios completos, formularios de solicitud de IMR y e instrucciones en línea.