



Este formulario tiene dos lados. Por favor, escriba en forma clara y en letra de molde. Complete todas las secciones de este formulario.

Estoy presentando una expresión por escrito de inquietud y/o insatisfacción ante CIGNA Behavioral Health of California.

Marque este casillero si este caso implica una amenaza inminente o seria para usted o la salud del paciente, que incluye pero no se limita a dolor intenso, posible pérdida de la vida, extremidades o una función corporal importante. Si lo hace, por favor, llame al Servicio al cliente de CIGNA Behavioral Health of California Customer Service al (1-800-753-0540) de inmediato para informarles.

Por favor, lea el folleto adjunto sobre sus derechos y el procedimiento de apelación. Para atenderle rápidamente, es importante que brinde la mayor cantidad de la información que sea posible. Si tiene preguntas sobre el significado de cualquier cosa de este formulario, por favor, llame al Servicio al cliente al (1-800-753-0540).

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al 1-800-753-0540 y utilizar el proceso de queja formal de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización del proceso de quejas formales no prohíbe el posible ejercicio de cualquier derecho legal o remedio que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud que no se haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se haya resuelto pasados los 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede cumplir con los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si cumple con los requisitos para la IRM, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de índole experimental o de investigación, y las disputas de pagos por los servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TDD 1-877-688-9891 para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio Web del departamento http://www.hmohelp.ca.gov cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

También tiene derecho a iniciar a una revisión médica independiente (IMR) de su apelación ante el Departamento de Atención Médica Administrada. Puede solicitar una revisión médica independiente por los servicios de atención médica en disputa que el Plan de salud o uno de sus proveedores contratados hayan denegado, modificado o demorado, basados completamente o en parte en la decisión de que el servicio de atención médica no es médicamente necesario. Primero debe intentar resolver su apelación a través del proceso de apelación del Plan de salud. Para obtener más información sobre el proceso de IMR, por favor, llame al servicio al cliente al 1-800-753-0540.

Información del miembro (el miembro debe completar esta información)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre)

Nº de identificación del miembro

Grid for member ID number

Dirección de correspondencia (Calle, ciudad, estado, código postal)

Nº de teléfono (Día)

(Noche)

Nombre de la persona que presenta la queja (si no es el miembro)

Información del paciente (Complete sólo si el Paciente es una persona distinta del miembro)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre)

Parentesco con el miembro:

Nº de Seguro Social

Grid for patient social security number

Dirección de correspondencia (Calle, ciudad, estado, código postal)

Nº de teléfono (Día)

(Noche)

Una vez que complete este formulario, envíelo por correo a: CIGNA Behavioral Health of California Customer Service

450 N. Brand Boulevard, Suite 500 Glendale, CA 91203

o, en caso de emergencia, envíelo por fax al: (818) 551-2787

SÓLO PARA USO DE LA COMPAÑÍA

- Queja, Determinación inicial, Apelación

Información de queja del miembro

¿Cuál es el nombre, el número de teléfono y la dirección del médico o proveedor sobre los cuales se presenta esta queja?

Nombre

Nº de teléfono

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Explique brevemente los detalles específicos de su queja. Identifique cuál es la queja, y CUÁNDO sucedieron los hechos que usted describe. Si es de ayuda, por favor presente COPIAS de todas las facturas detalladas, los cheques (ambos lados) y la correspondencia relacionada con esta queja.

Adjunte páginas adicionales a este formulario, si es necesario.

¿Ha enviado algún expediente, correspondencia u otras quejas sobre este caso a Servicio al cliente de CIGNA Behavioral Health o a alguien más relacionado con CIGNA Behavioral Health? De ser así, ¿cuándo lo envió y a quién se lo envió? Por favor, incluya su número de teléfono y de fax si lo sabe.

Comunicación con CIGNA Behavioral Health

Nº de teléfono/Nº de fax

Fecha(s)

Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma del miembro/paciente

Fecha