



1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109
415/292-8888
(TTY) 415/292-8898

Apelación para Reconsideración de la Negación

Instrucciones: Por favor complete esta forma para solicitar una apelación a nuestra decisión de la negación, aplazamiento o modificación de un servicio o pago de un servicio que usted o un representante suyo solicito. Envíe la forma completada a la dirección aquí abajo.

[El Encargado / La Encargada] del Plan de Salud se lo hará seguir [al Director Médico / a la Directora Médica] o [al Director / a la Directora del Plan de Salud]. El Director indicado asegurará que este formulario sea enviado a un tercero imparcial para que lo revise.

Fecha: _____

Para: Health Plan Associate
On Lok Lifeways
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

De: _____
Nombre del / de la Participante / Representante del / de la Participante / Proveedor(a)

Dirección y Teléfono de la Persona que se identifica por encima

On Lok # Centro

Yo, _____, participante / representante / proveedor (cierre uno
Nombre

con un círculo)

por la presente apelo la negación, aplazamiento, o modificación del/ los siguiente(s) servicio(s) o pago por servicio: hereby appeal the denial, deferral, or modification of the following service(s) or payment for service:

para: _____
Nombre y Apellido de la Persona que recibe el / los servicio(s)

por la razón / las razones siguiente(s):

Por favor revise mi petición y comuníqueme su decisión tan pronto sea posible.

Firma

Fecha

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de la regulación de los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **415-292-8895** o gratis al **1-888-996-6565** y usar su proceso de queja formal de su plan de salud antes de contactar al departamento. El uso de este procedimiento de queja no prohíbe cualquiera de los potenciales remedios o derechos legales que podrían estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, o una que no ha resuelto satisfactoriamente su plan de salud, o una que queda todavía sin resolver después de 30 días, puede llamar al departamento para que le provean ayuda. También podría ser elegible para la Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por un plan de salud relacionadas a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, decisiones acerca de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación, y disputas sobre pagos por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas de audición y habla. El sitio en la Internet del departamento es <http://www.hmohelp.ca.gov> y tiene en línea formularios para quejas, solicitudes de IMR e instrucciones.

For On Lok Lifeways Staff Use Only:

-
- On Lok Lifeways staff member who received the appeal:
 ____ Health Plan Associate
 ____ Social Worker
 ____ Other, specify: _____
 - Request received by the On Lok Lifeways staff member identified above: Date _____ Time _____
 - Health Plan Associate notified of the appeal by telephone or e-mail: Date _____ Time _____
 - Health Plan Associate sent a written acknowledgment to the participant: Date _____
 - Health Plan Associate telephoned acknowledgement of receipt to the participant: Date _____ Time _____
 - Health Plan Associate sent a written notification of the decision to the participant: Date _____ Time _____
 - Health Plan Associate telephoned notification of the decision to the participant: Date _____ Time _____