



## ***Derechos y Responsabilidades de los miembros - Procedimientos de Queja y Apelación***

### **Aspectos Generales**

El procedimiento para comunicar motivos de queja a su plan de salud se denomina proceso de Queja y Apelación. Hemos establecido este proceso para tratar sus problemas de manera oportuna. Una apelación es su derecho a cuestionar una decisión de rechazo, ya sea por parte de su proveedor de servicios médicos o por el plan en relación a beneficios de atención de salud. Para obtener información más detallada sobre este proceso consulte su Evidencia de Cobertura y, como siempre, nuestros representantes de Servicios al Cliente están disponibles para asistirlo en cualquier situación.

### **Proceso de Queja**

Una queja es una expresión de descontento con la calidad de la atención, con la calidad del servicio o con el proceso administrativo. Si usted tiene una queja sobre facturación, la consideraremos una queja administrativa. Un ejemplo de queja sobre la calidad del servicio es la espera excesiva en el consultorio de su médico. Una queja sobre la calidad de la atención se referiría a la atención de salud que está recibiendo. Para expresar una queja, puede comunicarse con nosotros por teléfono, por correo, o en Internet: [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Ante cualquier pregunta, problema o inquietud, usted puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación (ID).

### **Proceso de Apelación**

Una apelación es una expresión de descontento por una decisión previa referida a sus beneficios de atención de salud. La solicitud, suya o de su representante, de revisión del rechazo será tratada de manera oportuna. Cuando usted realice una apelación, le enviaremos un aviso por escrito dentro de los 5 días corridos de haber recibido su solicitud.

También evaluaremos su apelación y le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 30 días corridos a partir de la recepción de su apelación. Si no podemos llegar a una decisión, nos comunicaremos con usted dentro de los plazos mencionados y le informaremos la causa de la demora y cuándo esperamos resolver su apelación. Este proceso se denomina **Proceso de Apelación Estándar**.

También es posible acelerar una apelación si un miembro del plan tiene una enfermedad terminal y la apelación se refiere a cuestiones experimentales o de investigación. Otro tipo de apelación acelerada es para aquellos casos que constituyen una amenaza inminente y grave para la salud del paciente, incluyendo pero sin limitarse al dolor intenso y la pérdida potencial de la vida, de extremidades o de funciones orgánicas vitales. Cuando el Plan determina que el caso cumple con los requisitos de una apelación acelerada, el miembro tiene derecho a notificar la queja al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Los casos que cumplen con los requisitos para acelerar la apelación son resueltos en un plazo de tres (3) días. En estos casos, le recomendamos hablar con su proveedor de atención de salud para analizar estas opciones.

### ***Arbitraje Independiente***

Finalmente, comprendemos que es posible que usted no esté conforme con la decisión que hemos tomado sobre su apelación. En ese caso, puede solicitar por escrito que la cuestión sea derivada a un árbitro independiente. El Plan contempla todos los preceptos establecidos por la Asociación Americana de Arbitraje (*American Arbitration Association*, AAA). La decisión de la AAA es inapelable. Los costos del arbitraje son compartidos por el miembro del plan y el Plan, a menos que el árbitro establezca que existe dificultad económica y que una porción o la totalidad de la parte del miembro debe ser pagada por el Plan.

### **Departamento de Atención Médica Administrada**

**El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el responsable de regular los planes de atención médica. Si usted tiene un motivo de queja contra su plan de salud, en primer lugar debe llamar a su plan de salud al 1-800-756-7039 y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el Departamento. Utilizar este proceso de quejas no lo priva de ningún derecho legal potencial ni de los recursos que usted pueda tener a su alcance. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que haya permanecido sin resolución por más de 30 días, puede llamar al Departamento para pedir asistencia. Es posible que usted también tenga derecho a una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted cumple con los requisitos para una IMR, el proceso de IMR ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o en investigación y disputas de pagos por servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también cuenta con un número telefónico gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TDD para personas con problemas de audición y habla (1-877-688-9891). El sitio en Internet del Departamento: <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.**

### **Departamento de Trabajo**

Como miembro, usted (o su Plan) puede tener otras opciones alternativas y voluntarias de resolución de disputas, tales como la mediación. Por favor comuníquese con el Administrador de su Plan, la oficina local del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o su agencia reguladora estatal. Además, tiene derecho a entablar una demanda civil según la Sección 502(a) de ERISA, si corresponde.