



## Información necesaria para presentar una apelación

- Las solicitudes de Apelación/Reconsideración pueden ser presentadas ante el Plan de Salud por el afiliado si ha recibido una carta de Notificación de Decisión relativa a una denegación de un reclamo o una demora, modificación o denegación de un servicio solicitado.
- La solicitud puede efectuarse por teléfono o en línea pero su seguimiento debe realizarse por escrito con la firma del afiliado o su representante legal.
- Para nuestros afiliados de Medi-Cal esta solicitud debe presentarse dentro de los 60 días siguientes a la recepción de una Notificación de Decisión.
- Para nuestros afiliados Comerciales, la solicitud debe efectuarse dentro de los 180 días siguientes a la recepción de una Notificación de Decisión.

Fecha de la carta de Notificación de Decisión: \_\_\_\_\_

### Descripción de una Apelación Normal

Por favor, describa el caso de la manera más detallada posible, incluida la fecha de la denegación del reclamo o servicio y cualquier información adicional que usted considere importante considerar. El Plan de Salud tiene 30 días para responder su apelación y usted recibirá una notificación definitiva de resolución.

---

---

---

---

---

---

---

### Descripción de una Apelación Urgente

Si considera que una espera de 30 días para que el Plan de Salud responda será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 72 horas. Al presentar su apelación, mencione los motivos por los cuales la espera afectará su salud. Asegúrese de solicitar una “apelación urgente”. Por favor, describa el caso de la manera más detallada posible, incluida la fecha de la denegación del reclamo o servicio y cualquier información adicional que usted considere importante considerar. El Plan de Salud tiene 72 horas para responder su apelación urgente y usted recibirá una notificación definitiva de resolución:

---

---

---

---

---

---

---

Autorizo que toda la información relativa a esta queja, que podrá incluir datos de historia clínica e información médica, sea divulgada al Plan de Salud de Contra Costa con la expresa finalidad de resolver esta queja.

---

Firma del afiliado

Fecha

---

Vínculo

Fecha

Teléfono

Nombre de la persona que presenta la queja

Si no fuera firmada por el afiliado, o el tutor del afiliado, no podremos tramitar la queja sin la conformidad expresa del afiliado.

Si lo prefiere, puede imprimir este formulario y presentarlo por escrito a

Contra Costa Health Plan  
Member Services Dept.  
Attn: Grievance/Appeal  
595 Center Ave. Ste 100  
Martinez, CA 94553

Email: [member.services@hsd.cccounty.us](mailto:member.services@hsd.cccounty.us)  
[www.contracostahealthplan.org](http://www.contracostahealthplan.org)

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DMHC)**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna queja en contra de su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con el plan al **(Plan de Salud de Contra Costa, 1-877-661-6230 opción 2)** y seguir el procedimiento de tramitación de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de queja no veda ningún derecho o recurso legal potencial que usted pueda tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja que haya permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas adoptadas por el plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones sobre cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y controversias relativas al pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web en internet del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) tiene formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.