

Western
Health
Advantage



PRESENTACIÓN DE QUEJAS



El objetivo de Western Health Advantage es proporcionar a sus miembros una calidad y experiencia de servicio óptimas. Con este fin, WHA ha establecido un proceso formal para abordar preocupaciones, reclamos, quejas formales y apelaciones de los miembros.

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal es cualquier expresión escrita o verbal de insatisfacción presentada por usted, su representante o su proveedor, acerca de su experiencia con WHA, su grupo médico o cualquier proveedor participante de WHA.

Una queja formal "estándar" o de rutina generalmente se investiga y resuelve en un plazo de 30 días naturales. Una queja formal "acelerada" o expedita se completa en un plazo de 72 horas desde la recepción formal de la queja.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una petición formal, verbal o escrita, para que se vuelva a revisar o reconsiderar una decisión que se haya tomado. La apelación puede estar relacionada con un problema de pago, una acción administrativa, un problema de calidad de la atención o del servicio o una recomendación de utilización. Su apelación será revisada por un médico que no haya participado en la revisión inicial del problema. Este médico tomará una segunda decisión independiente después de revisar toda la información disponible. La segunda decisión puede estar de acuerdo o en desacuerdo con la primera decisión.

Las apelaciones estándar o de rutina se realizan en un plazo de 30 días naturales. Puede ocurrir un retraso en la decisión final si se necesita información adicional para que el revisor tome una decisión informada. Las apelaciones expeditas o "aceleradas" se completan en un plazo de 72 horas de la petición cuando retrasar la decisión de la apelación implicaría un riesgo para su salud. Usted tiene el derecho de solicitar una apelación "acelerada" o expedita si su médico está de acuerdo en que existen riesgos para la salud si se retrasa la decisión. El Director Médico de WHA tomará la decisión en cuanto a si la apelación se tratará como una apelación expedita o estándar.

¿Cuál es el procedimiento para quejas y apelaciones de WHA?

Si tiene una queja con respecto a que WHA no haya autorizado, proporcionado o pagado algún servicio que usted piensa tiene cobertura, sobre una cancelación, terminación, no renovación o rescisión de su membresía, o cualquier otra queja, llame a Servicios para Miembros para recibir asistencia inmediata.

Si su queja no se resuelve a su satisfacción después de hablar con un representante de Servicios para Miembros, puede presentar una queja o apelación verbal o por escrito a:

Correo postal: Western Health Advantage
Attn: Appeals and Grievances
2349 Gateway Oaks, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Fax seguro: 916.563.2207

Teléfono: 916.563.2250 o 888.563.2250 o 888.877.5378 TDD/TTY

Correo electrónico: appeal.grievance@westernhealth.com

Formulario en línea: mywha.org/grievance

Complete el formulario adjunto. Asegúrese de incluir una explicación de sus dudas o su situación y sus motivos de insatisfacción. Envíe la queja o apelación a Servicios para Miembros de WHA, Departamento de Quejas y Apelaciones dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores al incidente o acción que causó su insatisfacción.

Si no puede cumplir con este plazo, comuníquese con Servicios para Miembros para que le informen cómo proceder.

Si está apelando una denegación de servicios incluidos dentro de un plan de tratamiento existente que ya se aprobó, la cobertura de los servicios aprobados continuará mientras se decide la apelación.

Si cree que su membresía se ha cancelado, rescindido o no renovado erróneamente, o que esto podría suceder, puede solicitar una reconsideración de WHA o acudir directamente al Departamento de Atención Médica Administrada. Si su cobertura aún está vigente al presentar su queja, su cobertura continuará vigente mientras se decide sobre su queja, incluso durante el tiempo de reconsideración por parte del Departamento de Atención Médica Administrada. Todas las primas deben seguirse pagando puntualmente para que la cobertura continúe. Al finalizar la queja, incluso cualquier apelación al Departamento de Atención Médica Administrada de California, si el tema se decide a su favor, su cobertura continuará o se le restituirá retroactivamente a la fecha en que se cobertura se terminó inicialmente. Todas las primas deben estar al día y pagarse puntualmente.

WHA le enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco (5) días naturales de la recepción de su queja o apelación. La determinación se presenta en un plazo de treinta (30) días naturales. WHA notificará al Miembro de la determinación, por escrito, en un plazo de tres (3) días hábiles de que se haya producido la decisión. Para apelaciones de denegaciones de cobertura o beneficios, se le otorgará la oportunidad de evaluar los contenidos del archivo y de entregar el testimonio a ser considerado. El Miembro recibirá una notificación escrita de la disposición de la apelación o queja que incluirá una explicación de los motivos contractuales o clínicos de la decisión.

En todas las instalaciones de Grupo Médico y del Plan puede encontrar un formulario de queja y una descripción de los procedimientos de queja. Además, si solicita un formulario de queja llamando a Servicios para Miembros, le será enviado por correo inmediatamente. Si desea ayuda para presentar una apelación o queja, llame a Servicios para Miembros, y un representante le ayudará a completar el formulario o le explicará cómo escribir su carta. Con gusto también aceptaremos la información oralmente por teléfono o envíe un mensaje seguro a través de su cuenta MyWHA en línea.

Para obtener información detallada acerca del procedimiento para presentar quejas y apelaciones, visite mywha.org/grievance o llame a Servicios para Miembros de WHA al 916.563.2250 u 888.563.2250.

Conferencia de enfermedad terminal

Si WHA ha negado tratamientos, servicios o suministros considerados experimentales, y usted tiene una enfermedad terminal (una afección que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un año o menos), puede solicitar una conferencia como parte del sistema de quejas. Indique en el formulario de queja que solicita una conferencia.

Quejas sobre socios del Plan

Si tiene una queja acerca de sus servicios dentales, de la vista, de salud mental, acupuntura o quiroprácticos, visite mywha.org/grievance para obtener instrucciones especiales.

Asistencia con el idioma

WHA quiere asegurarse de que todos los Miembros tengan acceso al sistema de quejas y apelaciones. WHA ofrece servicios de traducción verbal y escrita, sin ningún costo, a personas con dominio limitado del inglés o con deficiencias comunicativas visuales o de otro tipo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de WHA o visite mywha.org/grievance para obtener más información.

FORMULARIO DE QUEJAS O APELACIONES



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Appeals and Grievances
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Por fax a: 916.563.2207

Por correo electrónico a: appeal.grievance@westernhealth.com

Para obtener más información: 916.563.2250, 888.563.2250 gratis o 888.877.5378 para TDD/TTY

Disponible como formulario en línea en: mywha.org/grievance

Nombre Del Miembro _____ Número De ID Del Miembro _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Fecha De Nacimiento _____

Teléfono De Día _____ Dejar Mensaje Sí No

Teléfono Alternativo _____ Dejar Mensaje Sí No

Nombre De La Persona Que Presenta La Queja _____

(Si Es Diferente A La Indicada Arriba, Complete El Formulario De Asistencia Autorizada Adjunto)

Relación _____ Teléfono De Día _____

Departamento/Lugar O Centro Médico Donde Ocurrió El Problema _____

Fecha En Que Ocurrió El Problema _____

Describa La Naturaleza De Los Problemas (Adjunte Hojas Adicionales Si Es Necesario)

Explique De Qué Manera Ha Intentado Resolver El Problema

¿Qué Consideraría Una Solución Adecuada Para El Problema?

Firma _____ Fecha _____

Marque Aquí Si Está Solicitando Una Conferencia De Enfermedad Terminal

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) supervisa los planes de seguro médico. Si tiene una queja contra su plan de seguro médico, primero debe comunicarse con su plan de seguro médico al **888-563-2250 (TTY/TDD 1-888-877-5378)** y usar el proceso de queja de su plan de seguro médico antes de comunicarse con el departamento. Si cree que su cobertura de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada de manera incorrecta, también puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. El uso de ese procedimiento de queja no prohíbe ningún remedio o derecho legal potencial que pudiera tener a su alcance. Si necesita ayuda con una queja que tiene que ver con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta de manera satisfactoria por su plan de seguro médico o una queja que ha quedado sin resolver por más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También es posible que califique para una Reconsideración Médica Independiente (IMR). Si califica para una IMR, el proceso de IMR facilitará una reconsideración imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de seguro médico relacionadas con una necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o para investigación o disputas por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito, **888-466-2219**, y una línea TDD, **877-688-9891**, para las personas con problemas de audición o del habla. En el <http://www.dmhc.ca.gov> hay formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si usted tiene un problema que involucra una amenaza inminente y grave para su salud (por ejemplo, dolor intenso o pérdida potencial de la vida, una extremidad o función corporal importante), puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California directamente en cualquier momento sin antes presentarnos una queja.

For Internal Use Only: WHA Representative Name _____ Date Received _____

Autorización Para El Uso O Divulgación De La Información Médica



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Member Services
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Fax: 916.568.0126

Correo electrónico: memberservices@westernhealth.com

Incluya en la línea del asunto: Autorización para el uso o divulgación

¿Preguntas? Llame al: 916.563.2250 | 888.563.2250 (número gratuito) | 888.877.5378 TDD/TTY

A. Use este formulario para autorizar a Western Health Advantage ("WHA") a usar o divulgar su información médica a otra persona u organización.

1. Miembro cuya información se divulgará

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de ID del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. Persona (el "Receptor") autorizada que recibirá la información del Miembro

Nombre del Receptor: _____ Nombre del Receptor: _____

Dirección del Receptor: _____

3. Información que se divulgará al Receptor (marque solo una de las tres opciones)

- Toda la información que WHA mantiene, excluyendo la información confidencial a menos que esté específicamente autorizado en la sección 4.
- Solo la siguiente información, o tipos de información, que mantenga WHA (marque todo lo que corresponda):
 - Información médica (diagnóstico, tratamiento, medicamentos, incluyendo las autorizaciones y el estado de derivaciones)
 - Cobertura y elegibilidad del plan de salud
 - Información financiera/de facturación (p. ej.: pagos de primas), excluyendo la información de reclamos
 - Estado de reclamos/información de pago
 - Otros _____

- Apuntes de la Psicoterapia
Si marca esta casilla, no puede marcar ninguna de las otras casillas en esta sección o en la sección 4. Una autorización para la divulgación de los apuntes de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para la divulgación de cualquier otro tipo de información. Se debe utilizar un formulario por separado.

4. ¿El Receptor también está autorizado para recibir información confidencial tal como se describe a continuación?

- NO Sí En caso la respuesta sea Sí, autorizo específicamente a WHA a divulgar al Receptor:
 - Toda la información confidencial
 - Solo la siguiente información: (marque todo lo que corresponda)
 - Abuso de alcohol/sustancias Salud mental Información genética
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) Abuso mental, físico, sexual
 - Aborto/salud reproductiva (embarazo, anticoncepción)

5. Motivo de esta autorización (marque solo uno)

- Uso personal Legal Otros (especificar): _____

6. Autorización para actuar en nombre del Miembro Autorizo al Receptor a realizar las siguientes acciones:

- Inscribirme/Cancelar mi inscripción en/del Plan Elegir/cambiar mi PCP
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación Cambiar/corregir información demográfica faltante/errónea
- Todas las anteriores

B. Vencimiento Esta autorización permanecerá vigente:

- por un (1) año desde la fecha de su firma a continuación,
- hasta el mes ____ día ____ año____ (este período no puede ser superior a 3 años a partir de la fecha de firma a continuación)

C. Notificación al Miembro

- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando a WHA por escrito. La revocación de esta autorización no afectará la información que WHA utilizó o divulgó antes de la recepción de su solicitud de revocación.
- WHA no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios basándose en si usted o su representante firman o no esta autorización.
- Si esta autorización es en nombre de un menor de edad,
 - o las leyes federales y estatales pueden prohibir que WHA lleve a cabo su petición sobre la información confidencial sin la autorización por escrito del menor de 12 años de edad o más;
 - o esta expirará cuando el menor cumpla 18 años o esté legalmente emancipado, o puede ser revocada por el menor legalmente capacitado.
- La ley estatal prohíbe la nueva divulgación de información médica por parte de un Receptor sin una autorización por separado. Si la información solicitada se vuelve a divulgar, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.
- Si la información solicitada es Información de abuso de sustancias, esta se divulgó a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad. 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.
- Tiene derecho a una copia de este formulario.
- Si envía un formulario completo por correo electrónico a WHA, reconoce que enviar información médica protegida por correo electrónico no seguro no constituye una buena práctica.

D. Firma

He leído este formulario y entiendo y acepto sus términos. Solicito a WHA que utilice o divulgue la información al Receptor como se indicó anteriormente. Firmo este formulario por mi propia voluntad.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Relación con el Miembro (si corresponde) _____

Debe adjuntarse a este formulario una copia de una identificación con fotografía de la persona que firma el formulario y del Receptor, a menos que ya haya uno en el archivo de WHA.

Representantes o tutores personales o legales: Si este formulario está firmado por alguien que no sea el Miembro o el padre/la madre de un menor, esta autorización debe ir acompañada de una prueba documental de la autoridad para actuar en nombre del Miembro (o del patrimonio del Miembro).

Guarde una copia de esta Autorización para sus registros.

Solo para uso interno de WHA (For WHA Internal Use only)

Date Request Received _____ Identification Verified (documents checked)

Signature of Manager or Supervisor _____

Printed Name _____