

## Formulario de Queja Formal para el Miembro

Si no está conforme con algún aspecto de su contacto con OptumHealth Behavioral Solutions of California (OHBS-CA), también conocida como U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC), o sus representantes, llene este formulario y envíelo a la dirección o al número de fax que se indica a continuación.

**Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor involucrado en la queja, si corresponde:**

---

---

**Describa su queja formal con el mayor detalle posible; incluya fechas y nombres:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Llene la siguiente información:**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el Suscriptor: \_\_\_\_\_

Si la persona que llena este formulario no es el miembro, incluya el nombre y la dirección de esta persona, y su relación o parentesco con el miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Después de llenar el formulario, envíelo por correo o fax a:**

OptumHealth Behavioral Solutions of California  
Attn: Grievances and Appeals Department  
P.O. Box 30512  
Salt Lake City, UT 84130-0512  
Fax: 1-855-312-1470

También puede presentar su apelación en línea en [www.liveandworkwell.com](http://www.liveandworkwell.com). Para tener acceso al Formulario de Queja Formal en línea de OHBS-CA, ingrese su código de acceso para iniciar sesión y haga clic en "Grievance/Complaint Form" (Formulario de Queja/Queja Formal) en la sección "Quick Links" (Enlaces Rápidos).

**Consulte la página 2 para leer información importante sobre los derechos del miembro a presentar quejas formales.**

## Formulario de Queja Formal para el Miembro

Behavioral Solutions of California

**Apelación Rápida.** Se puede solicitar una apelación rápida en aquellos casos en que la atención esté en curso y el caso implique una amenaza inminente y grave para la salud del paciente, que incluye, pero no se limita a, dolor agudo, posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función corporal importante. Usted o su proveedor debe llamar a OHBS-CA lo antes posible al 1-800-999-9585. Se revisará su apelación, se tomará una decisión y se les notificará a usted y a su proveedor tratante lo antes posible en función de su estado clínico, pero sin exceder las setenta y dos (72) horas de que OHBS-CA haya recibido la solicitud de apelación rápida. Usted recibirá una notificación por escrito de la determinación de OHBS-CA. Además, OHBS-CA enviará al Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California (el "Departamento") una declaración por escrito sobre la resolución o el estado pendiente de la apelación rápida dentro de los tres (3) días de recibida la solicitud de apelación. Si solicita una apelación rápida, también puede solicitar que, al mismo tiempo, el Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California realice una Revisión Médica Independiente aparte.

---

---

### **Notificación del Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California Proceso de Queja Formal y Revisión Médica Independiente**

El **Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California** es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al **1-800-999-9585** o al **711 para TTY (cuando la operadora se lo pida, diga "1-800-985-2410")** y usar el proceso de queja formal del plan antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este proceso de queja formal no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial 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 no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir ayuda.

También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, este proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad por razones médicas de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, y de las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o urgencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219** o **1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con limitaciones auditivas y del habla. El sitio de Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.