

Procedimiento de Apelación para los Miembros

Procedimiento de la Resolución: El Miembro contactará a la Oficina Administrativa del Plan o al Proveedor Integrado al Plan respecto a cualquier pregunta, queja o inconformidad. Además de contactar a la Oficina Administrativa del Plan, el Miembro debería dirigir cualquier pregunta o duda directamente al Proveedor Integrado al Plan que haya dispensado el tratamiento, con la finalidad de resolver el conflicto inmediatamente. Toda pregunta o insatisfacción podrá ser comunicada a la Oficina Administrativa del Plan en forma telefónica o verbal.

Definición: Una "queja" o "inconformidad" es definida bajo el Plan y bajo la ley del estado de California como una expresión escrita o verbal derivada de la insatisfacción provocada a causa del Plan y/o un Proveedor Integrado al Plan, abarcando toda cuestión relacionada con la calidad de la atención dispensada e incluirá una queja, disputa, petición para reconsideración o apelación presentada por el Miembro o su representante. En casos donde la Oficina Administrativa del Plan no pudiera distinguir entre una "queja" y una "inconformidad", el conflicto será considerado como una queja.

A. Quejas Presentadas Verbalmente:

El Miembro podrá comunicarse con el departamento de servicio al cliente de la Oficina Administrativa del Plan en torno a cualquier duda, queja o inconformidad que no pudiese ser resuelta satisfactoriamente a favor del Miembro. Esta instancia debería utilizarse después de haber hablado directamente con el dentista u otra parte implicada. Uno de los representantes del centro de servicio al cliente de la Oficina Administrativa del Plan evaluará y resolverá la inconformidad presentada por el Miembro. Si el Miembro no estuviese satisfecho con la resolución, él/ella podrá remitir por escrito una queja a la Oficina Administrativa del Plan. Uno de los representantes del centro de servicio al cliente de la Oficina Administrativa del Plan le proporcionará las instrucciones al Miembro. Además, dicho representante le proporcionará el formulario para presentar quejas, el cual debe ser llenado para su presentación. **Una copia de dicho formulario también puede ser obtenido a través de nuestro sitio Web www.udcdentalcalifornia.com.**

B. Quejas Presentadas por Escrito:

El Miembro podrá llenar un formulario de queja u otra correspondencia parecida detallando su inconformidad con el servicio o atención dispensada por concepto del Plan o el Dentista Integrado al Plan. La Oficina Administrativa del Plan acusará de recibido la documentación referente a la queja dentro de cinco (5) días hábiles. El Miembro será notificado en forma escrita que el formulario de queja ha sido recibido. La Oficina Administrativa del Plan analizará la queja y le emitirá por escrito una resolución al Miembro dentro de treinta (30) días calendarios. En torno a la calidad de la atención o cuestiones clínicas, un profesional de salud apropiado será consultado.

C. Procedimiento de Apelación:

Si el Miembro no estuviese satisfecho con la resolución de cualquier queja presentada, él/ella podrá apelar la decisión tomada por la Oficina Administrativa del Plan. Después de recibir la petición para la apelación, la Oficina Administrativa del Plan le proporcionará al Miembro el procedimiento de apelación en forma escrita. Dicho procedimiento es definido por lo estipulado por la Oficina Administrativa del Plan o la ley estatal aplicable.

D. Quejas Referentes a los Servicios Dentales de Emergencia:

A menos que se estipulara lo contrario en alguna de las disposiciones acordada en este Convenio, la investigación y resolución de quejas referentes a los Servicios Dentales de Emergencia en curso, se concluirán a tenor de la urgencia del caso y no podrá exceder de veinticuatro (24) horas después de haberse recibido la queja del Miembro.

Usted también podrá presentar una queja ante el *California Department of Managed Health Care*. La ley imperante del Estado de California señala este derecho en la siguiente declaración.

El *California Department of Managed Health Care* es responsable de la regulación de los planes de servicios médicos. Si tiene alguna queja por concepto de su plan de salud, primero usted debería comunicarse por teléfono con uno de los representantes de su plan de salud, marcando el [(800) 821-1294] y agotar los procedimientos de presentación de quejas antes de contactar al Departamento. El uso de este procedimiento de queja no restringe ninguno de los derechos o recursos legales que potencialmente le correspondan a usted. Si necesitara ayuda con una queja referente a una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente a su favor por la administración de su plan de salud o si alguna queja no hubiese sido resuelta dentro de 30 días, usted podrá llamar al departamento para obtener ayuda. Usted también podrá calificar para una Investigación Médica Independiente (*Independent Medica Review*, IMR por sus siglas en inglés). Si usted calificara para una IMR, el procedimiento de la misma permitirá una investigación imparcial de la decisión tomada por la administración del plan de salud, en torno a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones correspondientes a la cobertura de tratamiento de carácter experimental o exploratorio, así como el pago por concepto de disputas relacionadas con servicios médicos de emergencia o de carácter urgente. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita [(1 -888-HMO-2219)] y una línea TDD [(1-877- -688-9891)] para las personas con impedimentos de la audición y del habla. Además, los formularios para la presentación de quejas, formularios de solicitud para IMR, así como las instrucciones en línea se encuentra en el sitio Web del departamento – <http://www.hmohelp.ca.gov>.