



Mediación voluntaria

Si usted ha recibido una decisión relacionada con una apelación de parte de CIGNA HealthCare con la que no está satisfecho, también puede solicitar una mediación voluntaria con nosotros antes de hacer uso de su derecho a presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) o a participar en el proceso de Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). A los efectos de que se pueda llevar a cabo una mediación, usted y CIGNA HealthCare deben acordar en forma voluntaria que se realice dicha mediación. CIGNA HealthCare considerará cada solicitud de mediación, caso por caso. Los gastos de la mediación se dividirán equitativamente entre cada parte involucrada. Para iniciar una mediación, por favor, envíe una solicitud por escrito a la dirección de CIGNA HealthCare que aparece en este folleto.

Arbitraje vinculante obligatorio

En la medida que lo permita la ley, CIGNA HealthCare exige por contrato el uso de un arbitraje vinculante cuando no se resuelven las disputas por otros medios. El arbitraje puede iniciarse por medio de una Demanda de arbitraje presentada ante CIGNA HealthCare of California, Inc. El arbitraje vinculante no es obligatorio para las disputas relacionadas con planes de cobertura regidos por la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de Trabajadores de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). Si su plan es regido por la ERISA, usted tiene derecho a entablar una acción civil de acuerdo con el Artículo 502(a) de la ERISA si no está satisfecho con el resultado del procedimiento de apelaciones. En la mayoría de los casos, no puede iniciar una acción legal hasta que haya completado el proceso de apelación interno de CIGNA HealthCare.

Para obtener información más específica acerca de estos Procedimientos de quejas formales, por favor, consulte su Acuerdo de servicios colectivos o comuníquese con nuestro Departamento de servicios a los miembros.

Las compañías de CIGNA son proveedoras líderes de beneficios, atención médica, productos de seguro, administración de inversiones, y servicios financieros para empleados, para organizaciones comerciales e individuos en todo el mundo. "CIGNA HealthCare" se refiere a las distintas subsidiarias operativas de CIGNA Corporation. Los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias y no por CIGNA Corporation. Dichas subsidiarias incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Intracorp, CIGNA Behavioral Health, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.



"CIGNA," "CIGNA HealthCare" y el logo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por CIGNA Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc., y sus afiliadas, CIGNA Behavioral Health, Inc., Intracorp, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc. En Arizona, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. En California, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of California, Inc. y Great-West Healthcare of California, Inc. En Connecticut, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of Connecticut. En Virginia, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare Mid-Atlantic, Inc. En North Carolina, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of North Carolina, Inc. Todos los demás planes médicos en estos estados están asegurados o son administrados por Connecticut General Life Insurance Company.



Impreso en papel reciclado.
Nos preocupamos por el medio ambiente.

*Sus derechos
a presentar*
**quejas
y
apelaciones**



531265SP a 07/08 ©2008 CIGNA

SUS DERECHOS A PRESENTAR QUEJAS Y APELACIONES

Sus derechos a presentar quejas formales ante CIGNA HealthCare

Deseamos que esté satisfecho con la atención que recibe. Es por eso que hemos establecido un proceso interno para quejas formales que nos permita tratar sus inquietudes y resolver sus problemas.

Las quejas formales incluyen tanto quejas como apelaciones. Las quejas pueden incluir inquietudes por personas, la calidad del servicio, la calidad de la atención, exclusiones de beneficios o elegibilidad. Las apelaciones son solicitudes de revertir una denegación anterior o decisión modificada sobre su atención.

Cómo presentar una queja formal

Por teléfono: Llámenos al número gratuito **1-800-CIGNA24** o al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare. Las personas con impedimentos auditivos o los usuarios de TTY deben marcar 711 para comunicarse con el Servicio de Relé de California e informar al operador el número de teléfono de CIGNA.

Por correo: Envíe sus quejas formales por escrito a:

CIGNA
National Appeals Organization
P.O. Box 5225
Scranton, PA 18505-5225

Si lo solicita, le entregaremos un formulario en donde puede comunicarnos su queja formal, pero no es necesario que use el formulario para presentar una queja formal.

En línea: Puede descargar un formulario de queja formal o presentar una queja formal en línea a través de nuestro sitio Web: http://www.cigna.com/our_plans/ourplans_by_state/cali.html (Haga clic en la pestaña Member Grievance and Appeals (Quejas formales y apelaciones de miembros)).

En persona: Le ayudaremos a presentar su queja formal durante los horarios normales de atención al público en la siguiente dirección:

400 N. Brand Boulevard, Suite 400
Glendale, CA 91203

Si el miembro es menor de edad o es incompetente o incapaz de emitir un juicio racional o prestar su consentimiento, el padre/la madre, tutor, curador, pariente u otro representante legal que actúe en nombre del miembro, según corresponda, puede presentar una queja formal ante CIGNA HealthCare o ante el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (DMHC o el "Departamento"), como representante del miembro. Además, un proveedor participante u otra persona que usted identifique puede acompañarle o asistirle a usted o a su representante para presentar una queja formal ante CIGNA HealthCare o ante el DMHC.

A. Quejas

Si tiene inquietudes relacionadas con la calidad del servicio o la atención que haya recibido, una exclusión de un beneficio o por un tema de elegibilidad, debe comunicarse con nosotros para presentar una queja verbal o por escrito. Si nos llama para presentar una queja, trataremos de documentar y/o resolver su queja por teléfono. Si no podemos resolver su queja en el día en que recibimos su llamada o si recibimos su queja por escrito, le enviaremos una carta que confirme que hemos recibido la queja dentro de los 5 días calendario. Esta carta le informará con quién comunicarse si tiene preguntas o si desea presentar información adicional acerca de su queja. Investigaremos su queja y le notificaremos el resultado dentro de los 30 días calendario.



B. Apelaciones

Si usted no está satisfecho con el resultado de una decisión que se haya tomado en relación con su atención y solicita a CIGNA HealthCare que revierta una decisión previa, debe comunicarse con nosotros dentro del transcurso de un año a partir de la fecha en que recibió el aviso de denegación para presentar una apelación verbal o por escrito. Asegúrese de compartir cualquier información nueva que pueda ayudar a respaldar el cambio de la decisión original. Dentro de los 5 días calendario después recibir su apelación, le confirmaremos por escrito que la hemos recibido. La carta le informará con quién comunicarse en CIGNA HealthCare si tiene preguntas o si desea presentar información adicional relacionada con su apelación. Nos aseguraremos de que maneje su apelación una persona que tenga la facultad para tomar medidas. Investigaremos su apelación y le notificaremos nuestra decisión dentro de los 30 días calendario de haber recibido su apelación. Usted puede solicitar que se acelere el proceso de apelación, si el plazo establecido de acuerdo con este proceso pudiera poner en peligro su vida o salud, su capacidad para recuperar sus funciones máximas o si siente un dolor intenso. Un médico con licencia o un profesional de atención médica de CIGNA HealthCare, en consulta con su médico tratante, decidirá si es necesario acelerar el proceso de apelación. Cuando se acelere una apelación, CIGNA HealthCare emitirá una respuesta verbal y por escrito, que incluya una decisión dentro de un período de 72 horas.



Usted tiene derechos adicionales, de acuerdo con las leyes estatales, que incluyen una revisión médica independiente vinculante voluntaria

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja relacionada con el plan de salud, primero debe llamar al número de teléfono gratuito de su plan de salud, **1-800-CIGNA24**, o al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare. Las personas con problemas auditivos o los usuarios de TTY deben marcar 711 para comunicarse con el Servicio de Relé de California y brindarle al operador el número de teléfono de CIGNA. Utilice el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el posible ejercicio de algunos derechos legales o remedios que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que implique una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se haya resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También puede cumplir con los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR). Si cumple con los requisitos para la IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de índole experimental o de investigación, y las disputas de pagos por los servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TTD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio Web en Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.