



Cigna Behavioral Health of California

Este formulario tiene dos páginas. Escriba claramente en letra de molde. Complete todas las secciones de este formulario.

Deseo presentar una manifestación escrita de preocupación o disconformidad ante Cigna Behavioral Health of California.

Marque este casillero si este caso representa una amenaza grave e inminente para usted o la salud del paciente, lo que incluye, a modo de ejemplo, dolor intenso, o la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función principal del cuerpo. Si es así, llame por teléfono a Servicio al cliente de Cigna Behavioral Health of California al (1-800-753-0540) de inmediato para hacérselo saber.

Lea el folleto adjunto sobre sus derechos y el procedimiento de apelación. Para darle una respuesta rápida, es importante que nos suministre la mayor cantidad de información posible. Si tiene alguna pregunta sobre el significado de algún término de este formulario, llame a Servicio al cliente al (1-800-753-0540).

El Departamento de Atención Médica Administrada de California está a cargo de la regulación de los planes de servicios de salud. Si tiene alguna queja contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-800-753-0540** y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar dicho procedimiento de quejas no limita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su alcance. 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 lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne los requisitos para este tipo de revisión, 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, decisiones en materia de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación, y controversias respecto del pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número telefónico gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD **1-877-688-9891** para personas con impedimentos auditivos o del habla. En el sitio web del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov> encontrará formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

Usted también tiene derecho a iniciar una revisión médica independiente (IMR) de su apelación a cargo del Departamento de Atención Médica Administrada. Puede solicitar una revisión médica independiente de servicios de salud en disputa que el plan de salud o uno de sus proveedores contratados haya rechazado, modificado o demorado, basada en todo o en parte en una decisión de que el servicio de salud no es Médicamente necesario. Primero debe intentar resolver su apelación a través del proceso de apelación del plan de salud. Para obtener más información sobre el proceso de IMR, llame a servicio al cliente al 1-800-753-0540.

Información sobre el asegurado (el asegurado debe completar esta información)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre) N.º de identificación del asegurado

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal)

N.º de teléfono (día) (noche)

Nombre de la persona que presenta la queja (si no es el asegurado)

Información sobre el paciente (esta sección debe completarse únicamente si el paciente no es el asegurado)

Nombre (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre) Parentesco con el asegurado N.º del Seguro Social

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal)

N.º de teléfono (día) (noche)

Una vez que complete el formulario, envíelo por correo a: Cigna Behavioral Health of California Central Appeals Unit P.O. Box 188064 Chattanooga, TN 37422
o en caso de emergencia, envíelo por fax al: 877.815.4827

| | |
|------------------------------------|--|
| PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE | |
| <input type="checkbox"/> Queja | <input type="checkbox"/> Determinación inicial |
| <input type="checkbox"/> Apelación | |

Información sobre la queja del asegurado

¿Cuál es el nombre, el número de teléfono y la dirección del médico o proveedor objeto de esta queja?

Nombre

N.o de teléfono

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Describa brevemente los detalles específicos de su queja. Identifique de qué se trata la queja y especifique CUÁNDO tuvieron lugar los hechos que usted describe. De ser útil, suministre COPIAS de todas las facturas detalladas, cheques (de ambos lados) y correspondencia que se relacionen con esta queja.

Adjunte más páginas a este formulario, de ser necesario.

¿Ha enviado algún registro, correspondencia u otras quejas sobre este caso a Servicio al cliente de Cigna Behavioral Health o a alguna otra persona conectada con Cigna Behavioral Health? En caso de que lo haya hecho, ¿cuándo y a quién lo envió? Incluya el número de teléfono o de fax si lo conoce.

Contacto de Cigna Behavioral Health

N.º de teléfono/fax

Fecha(s)

Certificación Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma del asegurado/paciente

Fecha