

¿CUAL ES EL PROCESO PARA PRESENTAR QUEJAS?

Si está teniendo problemas con un Proveedor del Plan, o con su Plan de salud, le pedimos que nos dé la oportunidad de ayudarlo. Sharp Health Plan lo puede ayudar a resolver cualquier problema. Si alguna vez tiene alguna pregunta o inquietud, le sugerimos que llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente. Uno de nuestros representantes hará todo lo que se encuentre a su alcance para ayudarlo.

Usted puede presentar su Queja o apelación a Sharp Health Plan en cualquier momento hasta 180 días calendario después de que haya ocurrido el incidente que es el motivo de su insatisfacción. Puede obtener una copia de la Norma y Procedimiento para Presentar Quejas y Apelaciones al Plan, solicitándola a su Proveedor del Plan, o llamando a nuestro Departamento de Atención al Cliente. Para iniciar el proceso de presentar una queja, puede llamar sin costo, escribir o enviar un fax al Plan a:

Sharp Health Plan
Grievance Department
4305 University Avenue, Suite 200
San Diego, CA. 92105
(619) 228-2300 o Sin Costo: 1-800-359-2002
FAX: (619) 228-2444

Si prefiere presentar su queja por escrito, por favor envíe una carta detallada, describiendo su queja, o llene un Formulario de Presentación de Quejas, que puede obtener de cualquier Proveedor del Plan o directamente de un representante del Plan. También puede llenar el Formulario de Presentación de Quejas en la página web del Plan: www.sharphealthplan.com. Usted también puede llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente si necesita ayuda para llenar el formulario.

Existen procedimientos separados para presentar quejas de tipo clínico o administrativo. Quejas clínicas son aquellas que requieren un conocimiento clínico antes de dar una resolución. Solamente un doctor o un comité de doctores pueden dar una resolución acerca de este tipo de quejas.

El Plan acusará recibo de su Queja en un plazo de cinco (5) días, y le enviará una carta con su decisión en un plazo de treinta (30) días calendario. Si la Queja representa una seria e inminente amenaza a su salud, incluyendo, pero sin estar limitada a un dolor severo, pérdida potencial de la vida del paciente o de una de sus extremidades, o que pueda perder una de las funciones principales de su cuerpo, entonces le proporcionaremos una decisión en un plazo de 72 horas.

Arbitraje Obligatorio – Voluntario

Si usted ha tratado por todos los medios de Apelar al Plan y todavía está insatisfecho, usted tiene el derecho de resolver voluntariamente su Queja a través de un arbitraje obligatorio, el cual es el último paso para resolver quejas. Cualquier Queja que se suscite, con excepción de negligencia en la práctica de la medicina, debe ser resuelta por medio de un arbitraje obligatorio, en lugar de una demanda legal. El arbitraje obligatorio significa que usted acepta ceder sus derechos a que su caso sea presentado ante un jurado. Los casos de negligencia en la práctica de la medicina no son sujetos al proceso de arbitraje.

Puede empezar el proceso de arbitraje presentando una demanda de arbitraje por escrito a Sharp Health Plan. Sharp Health Plan utilizará los servicios de un árbitro neutral perteneciente a una entidad apropiada. El arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las normas y regulaciones de dicha entidad. En cuanto el Plan reciba su solicitud de arbitraje, le enviaremos una copia completa de los Reglamentos de Arbitraje de la entidad y una confirmación de que el Plan solicitó una lista de árbitros de la misma.

Si Sharp Health Plan determina que la solicitud de arbitraje es pertinente bajo las reglas de ERISA entonces el costo de los gastos de arbitraje será cubierto por el Plan. Si determinamos que la solicitud no es pertinente bajo las reglas de ERISA, entonces el costo de los gastos de arbitraje serán compartidos mutuamente entre usted y Sharp Health Plan. En casos de extrema penuria, Sharp Health Plan podría asumir todo o una porción de sus costos de arbitraje. La existencia de extrema penuria será determinada por la entidad de arbitraje. Por favor llame al Departamento de Atención al Cliente para más información acerca de cómo calificar para extrema penuria.

Si usted elige no iniciar el proceso de arbitraje arriba mencionado, usted tiene derecho a iniciar una demanda civil bajo la Sección 502(a) de la ley Employee Retirement Income Security Act (ERISA) si su apelación no fue aprobada.

Recursos Adicionales

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados del Estado de California (California Department of Managed Health Care) (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de la salud. Si usted tiene una Queja contra su plan de salud, usted debe llamar primero a su plan de salud al teléfono **1-800-359-2002** y hacer uso del procedimiento para presentar Quejas de su Plan, antes de contactar al DMHC. El utilizar este sistema de procedimiento de Quejas no impide que usted pueda recibir sus derechos legales o las soluciones que pueden estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una Queja que involucre una emergencia, con una Queja que su plan no resolvió de manera satisfactoria, o con una Queja que permaneció sin resolver más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar su ayuda. Usted también puede tener derecho a recibir una Revisión Médica Independiente (IMR por sus siglas en inglés). Si usted califica para una IMR, procederemos a hacer una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un tratamiento o servicio médico propuesto, coberturas para tratamientos de tipo experimental o de investigación y disputas de pagos por servicios de cuidado urgente o de emergencia. El departamento también cuenta con un teléfono sin costo (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD para personas sordomudas (**1-877-688-9891**). El sitio web de Internet es <http://www.hmohelp.ca.gov> que le proporciona formularios para presentar quejas, solicitudes de formularios para IMR e instrucciones de cómo llenarlos.

Si el DMHC determina que su queja representa una seria e inminente amenaza a su salud, incluyendo, pero sin estar limitada a un dolor severo, pérdida potencial de la vida del paciente o de una de sus extremidades, o de una de las funciones principales de su cuerpo, o por cualquier otra razón dicho departamento determina que una revisión más temprana está justificada, no se le pedirá a usted que participe en el proceso de 30 días calendario del Plan antes de presentar su Queja al Departamento para que la revisen.

Si usted cree que su cobertura o la de alguno de sus Dependientes fue terminada o no fue renovada por motivos de salud o requerimientos de beneficios, usted puede solicitar que el Director del DMHC revise los motivos de dicha terminación de contrato, de acuerdo con la Sección 1365(b) del California Health & Safety Code, utilizando los números telefónicos y sitios web de Internet arriba indicados.

Mediación

Usted puede solicitar una mediación voluntaria con el Plan, antes de ejercer su derecho a presentar una Queja al DMHC. Para iniciar el procedimiento de mediación, usted y el Plan deben de estar de acuerdo voluntariamente a proceder con esto. El usar los servicios de mediación no le excluye el derecho que tiene de presentar una Queja ante el Departamento, una vez que se haya completado la mediación. Los gastos de una mediación serán compartidos, por partes iguales, entre usted y el Plan.

Revisiones Médicas Independientes (IMR)

Si el cuidado médico solicitado para usted le fue negado, retrasado o modificado por Sharp Health Plan o por un Grupo Médico del Plan, usted puede tener derecho a una Revisión Médica Independiente (IMR). Si su caso califica, como se describe a continuación, y usted presenta una solicitud para una IMR al Departamento de Cuidados de la Salud Administrados (DMHC), le enviaremos información acerca de su caso a un especialista médico, el cual revisará dicha información y hará una determinación independiente acerca de su caso. Usted recibirá una copia de dicha determinación. Si el especialista del IMR lo determina, el Plan le proporcionará cobertura para que usted reciba el cuidado de salud que solicitó.

El recurrir a una IMR es un recurso adicional a otros procedimientos o remedios que están disponibles para usted. Si usted decide no participar en el proceso de IMR, esto puede significar que pierda su derecho a proceder con una demanda legal contra el Plan concerniente al cuidado de salud que solicitó. Usted no tiene que pagar ninguna cuota para aplicar o por gastos de procesamiento por una Revisión Médica Independiente. Usted tiene derecho a proporcionar información que sirva de apoyo a su solicitud al IMR. Para aquellos casos que no son urgentes, la organización IMR designada por el DMHC proporcionará su determinación en un plazo de 30 días calendario, una vez recibida su solicitud e información que haya incluido. Para los casos urgentes que representen una seria e inminente amenaza a su salud, incluyendo, pero sin estar limitada a un dolor severo, pérdida potencial de la vida del paciente o de una de sus extremidades, o de una de sus principales funciones de su cuerpo, o el inmediato y serio deterioro de su salud, la organización IMR proporcionará su determinación en un plazo de tres días hábiles de trabajo. Si los expertos lo solicitan, esta fecha límite puede ser extendida hasta tres días en caso de retraso para obtener toda la documentación necesaria. Una Revisión Médica Independiente está disponible en las siguientes situaciones:

Cuando se Niegan Tratamientos Experimentales o de Investigación para Tratar Condiciones Seriamente Debilitantes o que Ponen en Riesgo la Vida

Si Sharp Health Plan o un Grupo Médico del Plan le niegan un servicio porque se considera que es una terapia de tipo experimental o de investigación, es posible que usted tenga derecho a solicitar una IMR de esta decisión. Para que usted pueda tener derecho a una IMR, todas las siguientes condiciones deben existir:

1. Usted debe de padecer de una condición seriamente debilitante o que pone en peligro su vida. "Poner en peligro la vida" significa una de las siguientes o ambas condiciones: (a) Enfermedades o condiciones donde la probabilidad de muerte es alta, a menos de que se interrumpa el curso de dicha enfermedad, o b) Enfermedades o condiciones con resultados potencialmente fatales, donde la intervención clínica es vital para la supervivencia. "Seriamente Debilitantes" significa enfermedades o condiciones que causan morbosidad mayor irreversible.
2. Su Médico del Plan debe certificar que usted sufre de una condición, según se describe en el párrafo 1 que antecede, para la cual las terapias convencionales no han sido efectivas; o para la cual las terapias comunes no serían médicamente apropiadas; o para la cual ya no existen terapias convencionales provechosas que estén cubiertas por el Plan que no sea la terapia propuesta.
3. Ya sea que (a) su Médico del Plan ha recomendado un medicamento, dispositivo, procedimiento o cualquier terapia que él o ella certifiquen por escrito, que tiene probabilidades de ser más provechosa para usted que todas las terapias comunes disponibles, o (b) usted o su Médico especialista del Plan (el cual está certificado por el Colegio de Médicos de su especialidad) ha solicitado una terapia que, basada en documentación de pruebas médicas y científicas, tiene la posibilidad de ser más provechosa que cualquier terapia común disponible.
4. El Plan le ha negado cobertura médica por un medicamento, dispositivo, procedimiento, u otra terapia recomendada o solicitada, según se encuentra descrito en el párrafo 3 que antecede.
5. El medicamento, dispositivo, procedimiento o terapia recomendados hubieran sido un servicio cubierto, si el Plan no hubiera determinado que la terapia es de tipo experimental o de investigación.

Si cree que puede calificar para una IMR bajo esta sección, el Plan le enviará una solicitud en un plazo de 5 días después de que sus servicios hayan sido rehusados. Si usted desea solicitar una IMR, devuelva su solicitud al DMHC. Se solicitará a su doctor que presente la documentación descrita en la Sección 3. Un rápido proceso de revisión ocurrirá si su doctor determina que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se iniciara lo más pronto posible. En estos casos los análisis y recomendaciones de los expertos del panel se emitirán en un plazo de 7 días a partir de la fecha en que se haya solicitado su revisión médica independiente.

Cuando se Niega un Servicio de Salud por no ser Medicamente Necesario

Usted puede solicitar una revisión médica independiente de los servicios de salud que estén en disputa al DMHC, si usted cree que estos servicios han sido negados incorrectamente, o han sido modificados o retrasados por Sharp Health Plan o por un Grupo Médico del Plan. Un "servicio de salud en disputa" es cualquier servicio por el cual usted tiene derecho a recibir cobertura médica y pago bajo su Acuerdo de Grupo que ha sido rechazado, modificado o retrasado, en parte o en su totalidad, porque consideran que el servicio no es Medicamente Necesario.

El Plan le enviará una solicitud para su IMR, junto con las cartas donde rechazan, modifican o retrasan los servicios médicos, ya que éstos se consideran que no son Medicamente Necesarios. Si desea solicitar una IMR, devuelva su solicitud al DMHC.

Su solicitud para una IMR debe ser presentada al DMHC en un plazo de 6 meses y debe cumplir con todas las siguientes condiciones:

1. (a). Su Proveedor del Plan ha recomendado ese servicio de salud, como Medicamente Necesario; (b) Usted ha recibido un Servicio de Cuidado urgente o de Servicio de Emergencia que un proveedor determinó que era Medicamente Necesario; (c) Usted ha sido atendido por un Proveedor del Plan para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica para la cual usted solicita una IMR.
2. El servicio de salud en disputa ha sido rechazado, modificado o retrasado por el Plan o por un Grupo Médico del Plan, basándose en parte o en su totalidad en una decisión que dice que dicho servicio no es Medicamente Necesario, y
3. Usted ha presentado una apelación al Plan y la decisión del Plan fue sostenida o su apelación sigue sin resolverse después de 30 días. Si su apelación requiere una rápida revisión, usted puede traerla inmediatamente a la atención del DMHC, y éste puede ceder el requisito de que usted siga el proceso de Quejas del Plan en casos extraordinarios y apremiantes.

Para mayor información acerca del proceso para una IMR, o para pedir una solicitud, por favor llame al Departamento de Atención al Cliente del Plan.