

Reclamos, quejas y apelaciones para afiliados de California

Cómo presentar una queja

Golden West tiene un proceso formal para revisar las quejas y apelaciones del afiliado. Este proceso brinda un tratamiento uniforme y equitativo de su queja/apelación y una respuesta rápida.

Golden West debe garantizar que todos los afiliados tengan acceso al sistema de quejas y puedan utilizarlo plenamente. Para eso, brinda asistencia a personas con nivel limitado de inglés, problemas de la vista u otros problemas para comunicarse. La asistencia debe incluir, pero no se limitará a, traducción de procedimientos de queja, formularios y respuestas del plan a las quejas, así como acceso a intérpretes, sistemas de retransmisión telefónica y otros dispositivos que ayudan a las personas con discapacidades a comunicarse.

Definición de queja

Una queja es una expresión oral o escrita de insatisfacción sobre el plan y/o un proveedor, como inquietudes sobre la calidad del cuidado, y debe incluir un reclamo, una disputa, una solicitud de reconsideración o una apelación hecha por un afiliado o su representante. Cuando el plan no pueda distinguir si se trata de una queja o una consulta, se considerará que se trata de una queja.

Los afiliados tienen hasta 180 días calendario desde la fecha del incidente o la disputa, o desde la fecha en que recibieron una carta de denegación, para presentar una queja o apelación ante Golden West.

Revisión estándar de queja/apelación

Pasos del proceso

1. Presente su queja o apelación ante Golden West. También puede autorizar a alguien para que lo represente. La autorización debe hacerse por escrito. Llame al Servicio de Atención al Cliente para pedir el formulario de autorización. El número del Servicio de Atención al Cliente está al dorso de su tarjeta de afiliado.

Puede presentar su queja o apelación de las siguientes formas:

- a. Llamando al Servicio de Atención al Cliente. El número del Servicio de Atención al Cliente está al dorso de su tarjeta de afiliado;
- b. Enviando una carta o un formulario de queja completo que puede encontrar en el sitio web, o llamando al Servicio de Atención al Cliente o,
- c. Enviando un formulario de queja en línea.

2. Le enviaremos una carta de confirmación dentro de los cinco (5) días calendario de la recepción.

3. Investigaremos su queja/apelación íntegramente, incluyendo todos los aspectos del cuidado de la salud involucrados. Se solicita presentar todos los registros médicos y/o las respuestas que contribuyan a la revisión de su caso. Las quejas/apelaciones clínicas son revisadas por el personal médico y no médico y por especialistas. Las quejas no médicas son revisadas por especialistas en quejas. Le brindaremos una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario después de recibir su queja/apelación.

Revisión acelerada

El sistema de quejas cuenta con un proceso de revisión acelerada para quejas y apelaciones urgentes. Una queja/apelación se considerará acelerada cuando una demora en la decisión podría poner en peligro la vida o la salud del afiliado o la posibilidad de recuperar sus funciones por completo. Esto incluye pero no se limita a dolor grave o pérdida potencial de la vida, un miembro o una función vital importante.

Pasos del proceso

1. Presente la solicitud de queja o apelación acelerada ante Golden West utilizando uno de los métodos enumerados en el proceso de queja estándar. También puede autorizar a alguien para que lo represente. La autorización debe hacerse por escrito. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para pedir el formulario de autorización. El

número del Servicio de Atención al Cliente está al dorso de su tarjeta de afiliado. Llamar al Servicio de Atención al Cliente es el método recomendado para solicitar una revisión acelerada.

2. Un médico revisará su solicitud y tomará una decisión dentro de las 72 horas. Si su solicitud no reúne los requisitos para una revisión acelerada, su queja/apelación se revisará mediante el proceso de queja estándar de 30 días. Recibirá un aviso por correo postal si no reúne los requisitos para una revisión acelerada.
3. No hay un requisito que indique que los afiliados deben usar el proceso de queja/apelación del plan de salud antes de contactar al Departamento de Cuidado de la Salud Administrado (DMHC) para pedir ayuda en relación a una apelación urgente (acelerada).