



## Cómo Presentar una Queja Ante MediExcel Health Plan

MediExcel Health Plan se compromete a satisfacer las necesidades de sus miembros. Nuestro equipo de Servicio al Miembro está disponible para responder preguntas y ayudarte a obtener la atención médica que necesites. Si tienes algún problema con MediExcel Health Plan, tienes derecho a presentar una queja. Una queja también es conocida como una reclamación.

**Este documento te informará sobre qué puedes hacer si tienes una queja contra MediExcel Health Plan:**

- Cómo presentar una queja ante MediExcel Health Plan
- Si aún necesitas ayuda, cómo comunicarse con el Centro de Ayuda del Plan de Salud del Estado de California
- Revisión Médica Independiente (IMR)
- Arbitraje obligatorio

**Los siguientes son algunos ejemplos de cuando puedes presentar una queja ante MediExcel Health Plan:**

- Se te ha negado un servicio, tratamiento o medicamento.
- Se te ha negado una referencia.
- MediExcel Health Plan cancela tus beneficios.
- MediExcel Health Plan no te reembolsa por un servicio cubierto que ya pagaste y recibiste.
- MediExcel Health Plan no paga por atención de emergencia que necesitaste.
- No puedes conseguir una cita tan pronto como la necesitas.
- Crees que has recibido una mala atención o servicio.
- MediExcel Health Plan no te proporciona atención médica inclusiva para personas trans.

**Primero, presenta tu queja ante el Departamento de Servicio al Miembro de MediExcel Health Plan**

- Si tu problema es urgente, MediExcel Health Plan debe darte una decisión en un plazo de 3 días. Un problema urgente es una amenaza inmediata y grave para tu salud.
- Si el problema no es urgente, MediExcel Health Plan debe darte una decisión dentro de 30 días.
- Debes presentar tu queja dentro de los 6 meses después del incidente o acción, la cual fue la causa de tu queja con MediExcel Health Plan.



## **Cómo ponerte en contacto con el Departamento de Servicio al Miembro de MediExcel Health Plan:**

**Teléfono:** (619) 365-4346 en EE. UU., o al (664) 633-8555 si marca dentro de México.

**En Línea:** [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

## **Si aún necesitas ayuda, comunícate al Centro de Asistencia de Planes de Salud de California:**

El Centro de Asistencia de Planes de Salud es parte del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC.) El DMHC protege los derechos de los miembros de los planes HMO.

- Si no estás de acuerdo con la decisión de MediExcel Health Plan, o no recibes la decisión dentro del tiempo requerido, puedes llevar tu queja al Centro de Ayuda de Planes de Salud. Lee la información a continuación.
- El Centro de Ayuda de Planes de Salud analizará tu caso y decidirá si calificas para una Revisión Médica Independiente (consulta “Revisión Médica Independiente (IMR)” a continuación.)
- Si no calificas para una Revisión Médica Independiente, el Centro de Ayuda de Planes de Salud revisará tu caso como una queja contra tu plan de seguro de salud.
- Si tu problema es urgente, puedes llamar al Centro de Ayuda de Planes de Salud en cualquier momento.

## **Cómo contactar al Centro de Ayuda de Planes de Salud:**

- **Teléfono:** 1-888-466-2219 en los EE. UU.
- **En línea:** [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). El sitio web cuenta con las instrucciones para una Revisión Médica Independiente y hojas para una reclamación.
- El personal está disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana, en varios idiomas, para ayudarte a solucionar problemas con tu plan de seguro de salud. No hay ningún cargo por llamar.

## **Revisión Médica Independiente (IMR)**

La IMR es una revisión de tu caso por uno o más médicos que no forman parte de tu plan de seguro de salud. No pagas nada por una IMR, y si la IMR se decide a tu favor, MediExcel Health Plan deberá brindarte el servicio o tratamiento que solicitaste.

Puedes calificar para una IMR si MediExcel Health Plan realiza una de las siguientes acciones:

- Niega, modifica o retrasa un servicio o tratamiento porque MediExcel Health Plan determina que no es médicaamente necesario.



- Niega un tratamiento experimental o de investigación para una condición grave.
- No paga por atención de emergencia o de urgencia que ya recibiste.

#### **Más información sobre una IMR:**

- Si MediExcel Health Plan rechaza un tratamiento porque es experimental o de investigación, puedes solicitar una IMR de inmediato. No tienes que presentar una queja ante MediExcel Health Plan primero.
- De manera similar, si MediExcel Health Plan deniega un tratamiento y tú crees que tu caso es extraordinario y convincente ya que implica una amenaza inminente para tu salud, puedes solicitar una IMR de inmediato y solicitar una exención del Centro de Ayuda de Planes de Salud para evitar la presentación de una queja con MediExcel Health Plan primero.
- En todos los demás casos, primero debes presentar tu queja ante MediExcel Health Plan y esperar su decisión.
- Debes solicitar una IMR dentro de los 6 meses posteriores a que MediExcel Health Plan te envíe una decisión sobre tu queja, a menos que haya una buena razón para la demora.
- Si decides no participar en el proceso de la IMR, es posible que estés renunciando a tu derecho, según lo establecido en la ley de California, a emprender otra acción legal contra MediExcel Health Plan con respecto al servicio o tratamiento que estas solicitando.

**La Ley de California requiere que incluyamos las siguientes declaraciones (*la versión en inglés es la oficial; en español es únicamente para fines informativos.*)**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de seguro de salud. Si tienes una queja contra tu plan de seguro de salud, primero debes llamar a tu plan de seguro de salud al **(619) 365-4346** y utilizar el proceso de quejas antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja o reclamo no prohíbe ningún derecho o remedio legal potencial que pueda estar disponible para ti. Si necesitas ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por tu plan de seguro salud, o una queja que no ha sido resuelta por más de 30 días, puedes llamar al departamento para obtener ayuda. También puedes ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR.) Si eres elegible para una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por tu plan de seguro de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de carácter experimental o de investigación, y las disputas de pago por servicios médicos de urgencia o emergencia. El S093025 NRM



departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov**, tiene formatos de quejas, formularios de solicitud de la IMR e instrucciones en línea.

Ten en cuenta que los reclamos o quejas que involucran rescisiones, cancelaciones o no renovaciones se tratan con urgencia y el miembro no necesitará presentar un reclamo a su plan de salud antes de contactar al DMHC. **Si crees que tu cobertura de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada por error, también puedes llamar al DMHC para obtener ayuda.**

### **Arbitraje neutral obligatorio**

Si no puedes resolver tu queja a través de los procesos de quejas enumerados anteriormente, puede solicitar un arbitraje vinculante (consulta a continuación.) El arbitraje obligatorio es el último paso que puedes tomar para resolver tu queja con MediExcel Health Plan.

Cuando te convertiste en miembro de MediExcel Health Plan, acordaste enviar todas las quejas no resueltas al arbitraje vinculante, incluso quejas de negligencia médica. Esto significa que has acordado renunciar a tu derecho a un juicio por jurado y otros procedimientos legales.

- El arbitraje es generalmente menos costoso y toma menos tiempo que una demanda.
- MediExcel Health Plan o el miembro pueden solicitar el arbitraje.

### **Definición de arbitraje:**

El arbitraje es una forma de resolver disputas, desacuerdos o problemas sin presentar una demanda formal.

- Una o más personas, llamadas árbitros, que no están conectados contigo o con MediExcel Health Plan toman la decisión final sobre tu caso.
- Juntos, tu y MediExcel Health Plan eligen y aprueban el (los) árbitro (s).
- El (los) árbitro (s) revisa el caso y luego escribe una decisión, llamada opinión.
- Tanto tu como MediExcel Health Plan deben aceptar (están sujetos a) la decisión de los árbitros.

### **Cómo solicitar el arbitraje:**

Envía una solicitud por escrito (también llamada demanda) de arbitraje a:

MediExcel Health Plan

Atención: Solicitud de Arbitraje

750 Medical Center Court, Suite 2

Chula Vista, CA 91911



## **Ubicación del arbitraje**

- Para asuntos de arbitraje en contra de MediExcel Health Plan, la ubicación será en el Condado de San Diego usando las leyes federales de California y de los Estados Unidos.
- Para asuntos de arbitraje contra un proveedor de salud mexicano, la ubicación será en Baja California, bajo la jurisdicción de México.

## **Pago por el arbitraje:**

**Honorarios de abogado:** debes pagar los honorarios de tu propio abogado, si eliges tener un abogado. MediExcel Health Plan pagará los honorarios de sus propios abogados.

**Honorarios de los árbitros:** Tu y MediExcel Health Plan compartirán por partes iguales los honorarios y los gastos de los árbitros. Si no puedes pagar tu parte de los honorarios y gastos del árbitro, puedes solicitar a MediExcel Health Plan que pague. Escribe a Servicio al Miembro y solicita una solicitud por dificultades. MediExcel Health Plan enviará tu solicitud a una organización o persona independiente para decidir si MediExcel Health Plan debe pagar una parte o toda tu parte de los honorarios y gastos del árbitro.



## Formato de Quejas

El propósito de este formato es solicitar a MediExcel Health Plan que inicie el proceso de queja. Puedes presentar una queja ante MediExcel Health Plan hasta 180 días calendarios después de cualquier incidente el cual sea la razón de tu insatisfacción. Tu solicitud será reconocida dentro de 5 días calendarios posteriores a su recepción y se resolverá dentro de 30 días calendarios.

Si esta solicitud es urgente, comunícate con Servicio al Miembro al (619) 365-4346. Una solicitud urgente puede incluir:

- una amenaza grave e inminente para tu salud tal como un dolor intenso y/o pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante.
- una inquietud relacionada con la cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura.

**Si se trata de una emergencia, llama al 911 o acude a la sala de emergencia más cercana.**

Firma el formato, e incluye la fecha, tu número de identificación de miembro, y tu fecha de nacimiento. Envía el formato completo junto con todo documento relevante, como estados de cuenta, facturas de proveedores y recibos de pago a:

**Por Correo Regular:**

MediExcel Health Plan  
Grievances & Appeals  
750 Medical Center Court, Suite 2  
Chula Vista, CA 91911

**Por Correo Electrónico (E-mail):**

memberservices@mediexcel.com

**Información de Contacto del Miembro (si tú eres el miembro, completa esta sección)**

Apellido:	Nombre:	ID de miembro:
Domicilio:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
# de Teléfono:	Mejor horario para hablarte:	Método preferido de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> E-mail E-mail:
Nombre de la persona que presenta la queja (si no es el miembro):		

**Información del Paciente (completa esta sección SOLAMENTE si el paciente no es el miembro principal)**

Apellido:	Nombre:	Relación con el miembro:	ID de miembro:
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

**Información Sobre la Queja del Paciente**

Fecha de servicio:	Nombre del proveedor:
# de reclamo:	Cantidad facturada:



**Describe brevemente los detalles específicos de tu queja. Identifica cuál es la queja y CUÁNDO ocurrieron los eventos que describes. Proporciona COPIAS de todas las facturas detalladas, cheques de pago, (ambos lados) recibos y correspondencia relacionada con esta queja. Si esta queja implica la denegación de un tratamiento, servicios o suministros considerados experimentales para una enfermedad terminal, y deseas solicitar una conferencia como parte del proceso de quejas, infórmale a Servicio al Miembro. Si la queja está relacionada con una falta de atención médica inclusiva para personas trans, por favor proporciona todos los detalles que puedas. Si es necesario más espacio, adjunta páginas adicionales a este formato.**

**La Ley de California requiere que incluyamos las siguientes declaraciones (la versión en inglés es la oficial; en español es únicamente para fines informativos.)** El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de seguro de salud. Si tienes una queja contra tu plan de seguro de salud, primero debes llamar a tu plan de seguro de salud al **(619) 365-4346** y utilizar el proceso de quejas antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja o reclamo no prohíbe ningún derecho o remedio legal potencial que pueda estar disponible para ti. Si necesitas ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por tu plan de seguro salud, o una queja que no ha sido resuelta por más de 30 días, puedes llamar al departamento para obtener ayuda. También puedes ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR.) Si eres elegible para una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por tu plan de seguro de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de carácter experimental o de investigación, y las disputas de pago por servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con problemas de audición y habla. El sitio web del departamento [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) tiene formatos de quejas, formularios de solicitud de la IMR e instrucciones.

Tienes derecho a presentar una queja ante el Plan y ante el Departamento de Atención Médica (DMHC, por sus siglas en inglés) si el personal del plan no proporciona atención médica inclusiva para personas trans, lo cual puede incluir servicios del plan o servicios de atención médica prestados por proveedores del plan. La atención médica inclusiva para personas trans se define en la Sección 1367.043(d)(3) como una atención médica integral que esté en consonancia con los estándares de atención para personas que se identifican como TGI, que respete la autonomía corporal personal, que no haga suposiciones sobre el género de una persona, que acepte la fluidez de género y las expresiones de género no tradicionales, y que trate a todas las personas con compasión, comprensión y respeto.

#### **Certificación**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.	
Firma de miembro/paciente:	Fecha:
Representante autorizado:	Relación con el miembro/paciente:
# de teléfono del representante autorizado:	Correo electrónico: