

Si está adjuntando otras páginas, marque esta casilla.

Firme y **ENVÍELO POR CORREO A:** Aetna Dental of California Inc. Customer Resolution Team
P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779 o por **FAX AL:** 1-860-262-7705.

Fecha _____ Firma del miembro: _____

Fecha _____ Firma del representante: _____

AVISO AL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna queja formal sobre su plan médico, primero debe llamar al plan médico al **(1-800-843-3661)** y usar el proceso de quejas formales antes de comunicarse con el departamento. Usar el procedimiento de queja formal no le prohíbe ningún posible derecho legal ni recurso que pueda haber disponible. Si necesita ayuda con una queja formal que incluya una emergencia, una queja formal que su plan médico no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR hará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan médico sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y disputas por pagos de servicios médicos de emergencia y urgentes. El departamento también tiene un teléfono de llamada sin costo **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Empleados federales: Si usted es un empleado federal, tiene derechos adicionales mediante la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management, OPM) en lugar de DMHC. Revise su folleto del Programa de beneficios de salud para empleados federales (Federal Employees Health Benefits, FEHB), en el que se establece que puede pedir a la OPM que revisen la denegación después de que usted le haya pedido a su plan médico que reconsidere la denegación inicial o rechazo. OPM determinará si su plan médico aplicó correctamente los términos del contrato cuando denegó su reclamo o solicitud de servicio. Envíe su solicitud de revisión a: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division IV, P.O. Box 436, Washington, D.C. 20044

Empleados de compañías aseguradas por cuenta propia: Usted tiene el derecho de presentar una acción civil según la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) si está inscrito en su plan médico por medio de un empleador que está sujeto a ERISA. Primero, asegúrese de que se hayan completado todas las revisiones de apelación de su reclamo y que no se haya aprobado el reclamo. Luego, consulte con el administrador del plan de beneficios de su empleador para determinar si el plan de beneficios de su empleador lo rige ERISA. Además, usted y su plan médico pueden tener otras opciones voluntarias de resolución de disputas, como la mediación.