

Formulario de Queja Formal para el Miembro

Si no está conforme con algún aspecto de su contacto con OptumHealth Behavioral Solutions of California (OHBS-CA), también conocida como U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC), o sus representantes, llene este formulario y envíelo a la dirección o al número de fax que se indica a continuación.

Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor involucrado en la queja, si corresponde:

Describa su queja formal con el mayor detalle posible; incluya fechas y nombres:

Llene la siguiente información:

Nombre del Miembro: _____

Fecha de Nacimiento del Miembro: _____

Dirección del Miembro: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación con el Suscriptor: _____

Si la persona que llena este formulario no es el miembro, incluya el nombre y la dirección de esta persona, y su relación o parentesco con el miembro: _____

Fecha: _____

Después de llenar el formulario, envíelo por correo o fax a:

OptumHealth Behavioral Solutions of California
Attn: Grievances and Appeals Department
P.O. Box 30512
Salt Lake City, UT 84130-0512
Fax: 1-855-312-1470

Formulario de Queja Formal para el Miembro

Behavioral Solutions of California

También puede presentar su apelación por Internet visitando www.liveandworkwell.com. Para tener acceso al Formulario de Queja Formal de OHBS-CA en línea, ingrese su código de acceso para iniciar sesión y haga clic en "Grievance/Complaint Form" (Formulario de Queja/Queja Formal) en la sección Quick Links.

Consulte la página 2 para leer información importante sobre el derecho del miembro a presentar quejas formales.

Apelación Rápida. Se puede solicitar una apelación rápida en aquellos casos que impliquen una amenaza inminente y grave para la salud del paciente, que incluye, pero no se limita a, dolor agudo, posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función corporal importante. Usted o su proveedor debe llamar a OHBS-CA lo antes posible al 1-800-999-9585. Se revisará su apelación, se tomará una decisión y se les notificará a usted y a su proveedor tratante lo antes posible en función de su estado clínico, pero sin exceder las setenta y dos (72) horas de que OHBS-CA haya recibido la solicitud de apelación rápida. Usted recibirá una notificación por escrito de la determinación de OHBS-CA. Además, OHBS-CA enviará al California Department of Managed Health Care (el "Departamento") una declaración por escrito sobre la resolución o el estado pendiente de la apelación rápida dentro de los tres (3) días de recibida la solicitud de apelación. Si está solicitando una apelación rápida, también podría solicitar que el California Department of Managed Health realice al mismo tiempo una Revisión Rápida Médica Independiente por separado.

Notificación del California Department of Managed Health Proceso de Queja Formal y Revisión Médica Independiente

California Department of Managed Health es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al **1-800-999-9585** o al **711 para TTY (cuando lo solicite el operador, diga "1-800-985-2410")** y usar el proceso de queja formal del plan antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este proceso de queja formal no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir ayuda.

También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, este proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad por razones médicas de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, y de las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o urgencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219** o **1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con limitaciones auditivas y del habla. El sitio de Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Nondiscrimination Notice and Access to Communication Services

OptumHealth Behavioral Solutions of California does not exclude people or treat them unfairly because of their sex, age, race, color, national origin, or disability.

Free services are available to help you communicate with us. Such as, letters in other languages, or in other formats like large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free number 1-800-999-9585. TTY 711.

If you think you weren't treated fairly because of your sex, age, race, color, national origin, or disability, you can send a complaint to:

Optum Civil Rights Coordinator
11000 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Phone: 888-445-8745, TTY 711
Fax: 855-351-5495
Email: Optum_Civil_Rights@Optum.com

If you need help with your complaint, please call the toll-free number 1-800-999-9585. TTY 711. You must send the complaint within 60 days of when you found out about the issue.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human services.

Online <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Phone: Toll-free **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

Mail: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Language Assistance Services and Alternate Formats

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call the toll-free number 1-800-999-9585. TTY 711.

You have the right to get help and information in your language at no cost. To request an interpreter, call 1-800-999-9585, press 0. TTY 711.

This letter is also available in other formats like large print. To request the document in another format, please call the toll-free member phone number listed on your health plan ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

1	Spanish	Tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para solicitar un intérprete, llame al 1-800-999-9585 y presione el cero (0). TTY 711
2	Chinese	您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-800-999-9585，再按 0。聽力語言殘障服務專線 711
3	Vietnamese	Quý vị có quyền được giúp đỡ và cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để yêu cầu được thông dịch viên giúp đỡ, vui lòng gọi 1-800-999-9585, bấm số 0. TTY 711
4	Tagalog	May karapatan kang makatanggap ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang humiling ng tagasalin, tumawag sa 1-800-999-9585, pindutin ang 0. TTY 711
5	Korean	귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사를 요청하기 위해서는 1-800-999-9585로 전화하여 0 번을 누르십시오. TTY 711
6	Armenian	Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանիչ պահանջելու համար զանգահարե՛ք 1-800-999-9585 սեղմե՛ք 0: TTY 711
7	Persian	شما حق دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. برای درخواست مترجم شفاهی با شماره 1-800-999-9585 تماس حاصل نموده و 0 را فشار دهید. TTY 711
8	Russian	Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы подать запрос переводчика позвоните по телефону 1-800-999-9585 и нажмите 0. Линия TTY 711
9	Japanese	ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳をご希望の場合は、1-800-999-9585までお電話の上、0 を押してください。TTY 専用番号は 711 です。
10	Arabic	لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون تحمل أي تكلفة. لطلب مترجم فوري، اتصل بالرقم 1-800-999-9585، واضغط على 0. الهاتف النصي (TTY) 711

11	Panjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਫਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰਾ ਲਈ 1-800-999-9585 ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਟੀਟੀਵਾਈ 711 ਤੇ ਕਾਲਿ ਕਰੋ, 0 ਦਿੱਬੇ।
12	Mon-Khmer, Cambodian	អ្នកម្នាក់ ឯង គឺ ជា ម្ចាស់ នៃ ព័ត៌មាន និង សេវា របស់ អង្គការ ដោយមិន គិត ថ្លៃ ដើម្បី ស្នើសុំ អ្នកបកប្រែ សូម ហៅលេខ 1-800-999-9585 រួច ហើយ ចុចលេខ 0 ។ TTY 711
13	Hmong	Koj muaj cai tau kev pab thiab tau cov ntaub ntawv sau ua koj hom lus pub dawb. Yog xav tau ib tug neeg txhais, hu rau 1-800-999-9585, nias 0. TTY 711
14	Hindi	आप के पास अपनी भाषा में सहायता एवं जानकारी निःशुक्ति पराप्त करने का अधिकार है। दुआषिए के लिए 1-800-999-9585 पर फ़ोन करें, 0 दबाएं। TTY 711
15	Thai	คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการขอล่ามแปลภาษา โปรดโทรศัพท์ถึงหมายเลข 1-800-999-9585 และกด 0 สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือการพูด โปรดโทรฯถึงหมายเลข 711