

¿Necesita ayuda con un problema con su Plan de Salud HMO?



El Centro de Ayuda HMO,
1-888-466-2219

*Llame gratis los siete días de la semana, las 24 horas del día.
Recibirá asistencia en su idioma.
www.hmohelp.ca.gov*



¿Qué es el Centro de Ayuda HMO?

El Centro de Ayuda HMO forma una parte del Departamento de Cuidado Médico (Department of Managed Care), lo cual protege los derechos de las personas inscritas en las organizaciones que mantienen el cuidado de la salud. El Centro de Ayuda HMO brinda asistencia a las personas en los planes de salud cuando tengan problemas o para obtener la atención adecuada en el momento indicado.

¿Qué puede hacer por usted el Centro de Ayuda HMO?

- Ayudarlo a decidir cómo proceder ante un problema.
- Ayudarlo a hablar con su médico o su plan de salud. En ocasiones, una llamada telefónica puede resolver un problema.
- Ayudarlo a presentar una queja ante su plan de salud o el Estado (una queja también se denomina reclamación o apelación).

¿Puede el Centro de Ayuda HMO exigir el cumplimiento de una resolución?

Sí. Si se resuelve la queja a favor suyo, su plan de salud debe hacer lo solicitado por usted o su médico.

¿Debo presentar una queja ante mi plan de salud en primer lugar?

En la mayoría de los casos, sí. Sin embargo, si su problema es urgente o no sabe qué hacer, comuníquese de inmediato con el Centro de Ayuda.



¿Necesita ayuda con su plan de salud? Llame al **Centro de Ayuda HMO**

1-888-466-2219

Llame sin cargo los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Recibirá asistencia en su idioma.

www.hmohelp.ca.gov

¿Existe un plazo máximo para presentar una queja?

Sí. Presente su queja lo antes posible. Generalmente, debe presentarla dentro de los 6 meses posteriores al hecho problemático.

¿Para qué tipos de problemas ofrecen ayuda?

- Se le negó un servicio, tratamiento o medicamento.
- Se le informó que un servicio o tratamiento no eran clínicamente necesarios.
- No puede obtener la remisión que necesita.
- Su plan de salud canceló su cobertura.
- No puede obtener el reembolso por un servicio que pagó.
- Su plan de salud se niega a pagar por la atención de emergencia que recibió.
- No es posible obtener una cita cuando la necesita.
- Considera que recibió un servicio o atención deficientes.
- Tiene un problema con las leyes COBRA/Cal-COBRA o HIPAA.
- Le están cobrando servicios que considera que su plan debe pagar.

¿Qué es una revisión médica independiente?

Es una revisión de su caso por parte de uno o más médicos. Usted puede calificar para una revisión si su plan de salud:

- no le proporciona el servicio o el tratamiento que necesita, con el argumento de que dicho servicio o tratamiento no es clínicamente necesario o se encuentra en etapa experimental o de investigación;
- no paga la atención de emergencia o urgencia que usted ya recibió.

Los médicos que realizan la revisión no son parte de su plan de salud. Usted no paga por una revisión médica independiente. Si el caso se da a su favor, su plan deberá prestarle el servicio que solicitó.

¿Cómo obtengo una revisión médica independiente?

El Centro de Ayuda HMO dirige el proceso de revisiones médicas independientes. Puede solicitar una revisión médica independiente utilizando los formularios que se encuentran en el sitio web www.hmohelp.ca.gov, o comunicándose con el Centro de Ayuda HMO. En la mayoría de los casos, debe presentar una queja ante su plan en primer lugar.

¿Puedo encontrar más información por Internet?

Sí. Visite www.hmohelp.ca.gov, donde también encontrará instrucciones y formularios para presentar quejas y solicitar revisiones médicas independientes.