




Mediación voluntaria

Si ha recibido una decisión nuestra con respecto a una apelación con la que no está conforme, también puede solicitarnos una mediación voluntaria antes de ejercer su derecho a presentar una queja formal ante el DMHC o participar en el proceso de IMR. Para que la mediación se lleve a cabo, debemos aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Evaluaremos cada solicitud de mediación caso por caso. Las partes compartirán los gastos de la mediación. Para iniciar la mediación, envíe una solicitud por escrito a la dirección que se indica en este folleto.

Arbitraje vinculante obligatorio

En la medida permitida por la ley, exigimos por contrato que las controversias que no se resuelvan por otros medios se diriman mediante el proceso de arbitraje vinculante. El arbitraje puede iniciarse por medio de una Demanda de arbitraje cursada a Cigna HealthCare of California, Inc. El proceso de arbitraje vinculante no es obligatorio para las controversias relacionadas con planes de cobertura que se rijan por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974. Si su plan se rige por ERISA, usted tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del Artículo 502(a) de ERISA si no está conforme con el resultado del procedimiento de apelación. En la mayoría de los casos, no podrá iniciar una acción legal hasta tanto haya completado nuestro proceso de apelación interno.



Para obtener información más específica sobre estos procedimientos de queja formal, consulte su Acuerdo de servicio colectivo o comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluida Cigna HealthCare of California, Inc. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Las imágenes se usan con fines ilustrativos únicamente.

531265SP e 08/21 © 2021 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.



SUS DERECHOS EN CASO DE QUEJAS Y APELACIONES

California

Contigo paso a paso.®



531265SP e 08/21

SUS DERECHOS EN CASO DE QUEJAS Y APELACIONES

Sus derechos a presentar quejas formales ante Cigna HealthCare of California (“Cigna”).

Queremos que esté conforme con la atención que recibe. Por eso hemos establecido un proceso interno de presentación de quejas formales para abordar sus inquietudes y resolver sus problemas.

Las quejas formales incluyen quejas y apelaciones. Las quejas pueden incluir inquietudes con respecto a las personas, la calidad del servicio, la calidad de la atención, exclusiones de beneficios o elegibilidad.

Las apelaciones son solicitudes para revocar una denegación previa o modificar una decisión sobre su atención.

Cómo presentar una queja formal

Por teléfono: Llámenos gratis al **800.Cigna24** o al número que aparece en su tarjeta de ID. Las personas con dificultades auditivas o los usuarios de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al 711 para comunicarse con el servicio de retransmisión de California y brindarle al operador el número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.

Por correo: Por servicios médicos, envíe sus quejas formales por escrito a:

**Cigna
National Appeals Unit (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422**

Por servicios para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias, envíe sus quejas formales por escrito a:

**Evernorth Behavioral Health
Central Appeals Unit
PO Box 188064
Chattanooga, TN 37422**

Por servicios dentales, envíe sus quejas formales por escrito a:

**Cigna Dental Health of California, Inc.
PO Box 188047
Chattanooga, TN 37422-8047**

Le daremos un formulario de queja formal si así lo solicita, pero no es obligatorio que use el formulario para presentar una queja formal por escrito.

En línea: Puede descargar un formulario de queja formal o enviar una queja formal en línea a través de nuestro sitio web: **Cigna.com/Cigna-ca** (haga clic en la pestaña *Member Grievance and Appeals* [Quejas formales y apelaciones de los miembros]).

En persona: En el horario de atención habitual, le brindaremos asistencia para presentar su queja formal en la siguiente dirección:

**400 N. Brand Boulevard, Suite 400
Glendale, CA 91203**

Si el miembro es menor, es incompetente o es incapaz de ejercer un criterio racional o prestar su consentimiento, alguno de sus padres, su tutor o curador, un pariente u otro representante legal que actúe en su nombre, según corresponda, podrán presentar una queja formal ante nosotros o el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés, o el “Departamento”), en calidad de agente del miembro. Además, usted o su agente podrán presentar una queja formal ante nosotros o el DMHC junto con un proveedor participante o cualquier otra persona que usted identifique, o bien contar con su asistencia.

A. Quejas

Si le preocupa la calidad del servicio o la atención que ha recibido, la exclusión de un beneficio o alguna cuestión relacionada con la elegibilidad, debe ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja verbal o escrita. Si nos llama para presentar una queja, intentaremos documentar y/o resolver su queja por teléfono. Si no podemos resolver su queja el día que recibimos su llamada, o si recibimos su queja por correo, le enviaremos una carta para confirmarle que hemos recibido la queja dentro de un plazo de cinco días calendario. Esta carta le informará con quién puede ponerse en contacto si tiene alguna pregunta o desea enviar información adicional sobre su queja. Investigaremos su queja y le notificaremos el resultado dentro de un plazo de 30 días calendario.



Usted tiene derechos adicionales en virtud de la ley estatal, incluido el derecho a una revisión médica independiente vinculante voluntaria

B. Apelaciones

Si no está conforme con el resultado de una decisión sobre su atención y desea pedirnos que revoquemos una decisión anterior, debe ponerse en contacto con nosotros dentro del plazo de un año desde que haya recibido la notificación de denegación para presentar una apelación verbal o escrita. Asegúrese de compartir toda información nueva que pueda respaldar la revocación de la decisión original. Dentro del plazo de cinco días calendario a partir de la recepción de su apelación, le confirmaremos por escrito que la hemos recibido. La carta le informará con quién puede ponerse en contacto si tiene alguna pregunta o desea enviar información adicional sobre su apelación. Nos aseguraremos de que la persona a cargo de llevar adelante su apelación tenga autoridad suficiente para tomar las medidas que correspondan. Investigaremos su apelación y le notificaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Usted podrá solicitar que se acelere el proceso de apelación si los plazos estipulados en virtud de este proceso pudieran poner en grave peligro su vida o su salud, o poner en riesgo su capacidad de recuperar su funcionamiento pleno o si está sufriendo un dolor intenso. Un médico o un profesional de cuidado de la salud con licencia consultará con el médico a cargo de su tratamiento y decidirá si es necesaria una apelación acelerada. En caso de que se acelere una apelación, le comunicaremos nuestra decisión en forma verbal y escrita dentro de las 72 horas.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California está a cargo de la regulación de los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **800.244.6224** y usar el proceso de queja de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar dicho proceso de queja no limita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su alcance. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne los requisitos para este tipo de revisión, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones en materia de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación, y controversias respecto del pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**888.466.2219**) y una línea TDD (**877.688.9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, **dmhc.ca.gov**, tiene formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.