



**AVISO PARA EL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE/NOTICE TO THE MEMBER OR YOUR REPRESENTATIVE**

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al **1-800-624-8822 ó 1-800-442-8833 (TDHI)** y usar el proceso de quejas formales del plan antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud que no se resolvió satisfactoriamente o una queja formal que no se resolvió pasados los 30 días, usted puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para la Revisión Médica Independiente, el 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, a las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y a las disputas de pagos por los servicios médicos de urgencia o de emergencia. El departamento también ofrece un número telefónico gratuito **(1-888-HMO-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>**, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea./The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-800-624-8822 or 1-800-442-8833 (TDHI)** and use your health plan's grievance process before calling the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of the medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number **(1-888-HMO-2219)** and a **TDD (1-877-688-9891)** for the hearing- and speech-impaired. The department's Internet Web site **<http://www.hmohelp.ca.gov>** has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

Si es Empleado Federal, tiene derechos de quejas formales a través de la Oficina de Administración de Personal (OPM, por sus siglas en inglés) en lugar de la DMHC. Por favor, consulte su folleto del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés), el cual establece que usted puede solicitar a la OPM revisar la denegación después de que le haya solicitado a PacifiCare reconsiderar la denegación o el rechazo inicial. La OPM determinará si PacifiCare aplicó correctamente los términos de nuestro contrato al denegarle su reclamo o solicitud para el servicio. Envíe su solicitud para revisión a: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division 3, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3630./If you are a Federal Employee, you have grievance rights through the Office of Personnel Management (OPM) instead of the DMHC. Please reference your Federal Employees Health Benefits (FEHB) Program Brochure, which states that you may ask OPM to review the denial after you ask PacifiCare to reconsider the initial denial or refusal. OPM will determine if PacifiCare correctly applied the terms of our contract when we denied your claim or request for service. Send your request for review to: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division 3, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3630.

**FIRMA/SIGNATURE**

Su Firma/Your Signature	Fecha/Date
Firma del Representante/Signature of Representative	Fecha/Date

**Por favor, firme y envíe por CORREO o FAX a/Please sign and MAIL or FAX to:**

ATTN: Appeals and Grievances Department  
MS. CA124-0160  
P.O. Box 6107  
Cypress, CA 90630-9972  
FAX: 1-866-704-3420