



**FORMULARIO PARA PRESENTAR  
APELACIONES y QUEJAS FORMALES ANTE  
AETNA DENTAL OF CALIFORNIA INC.**

Este formulario debe ser utilizado por usted o su representante para realizar sugerencias o presentar apelaciones o quejas formales sobre su atención dental y los servicios de Aetna Dental of California Inc. La ley exige que el plan responda a sus quejas o apelaciones, y existe un procedimiento detallado para resolver estas situaciones en un plazo de 30 días calendario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente al **1-800-843-3661**.

Escriba a máquina o con letra de imprenta la siguiente información:

Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección

N.º de teléfono particular (incluirl código de área)

Ciudad, estado, código postal

N.º de teléfono laboral (incluirl código de área)

Nombre del empleador o grupo

N.º de inscripción o identificación del miembro

Fecha de nacimiento

*Si una persona que no es el miembro presenta esta reclamación, proporcione la siguiente información:*

Nombre del asistente: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono durante el día

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono durante la noche

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Escriba de qué se trata su reclamación. Proporcione las fechas, los horarios, el nombre de las personas, los lugares, etc. relacionados.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Adjunte copias de cualquier documento que pueda ayudarnos a comprender su reclamación.

Si adjunta otras páginas, marque esta casilla.

Firmar y enviar **POR CORREO POSTAL** a: Aetna Dental of California Inc. Customer Resolution Team P.O. Box 10462, Van Nuys, CA 91410 o **POR FAX AL:** 1-877-867-8729.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del representante \_\_\_\_\_

**AVISO PARA EL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE:**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de controlar los planes de servicio de atención de salud. Si tiene alguna reclamación contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-843-3661** y utilizar el proceso de reclamaciones del plan antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este procedimiento de reclamaciones no coarta los derechos o recursos legales de los que usted pueda disponer. Si necesita ayuda con una reclamación relacionada con una emergencia, una reclamación que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una reclamación que haya permanecido sin resolución por más de 30 días, puede llamar al Departamento para pedir asistencia. Es posible que usted también tenga derecho a una IMR (Independent Medical Review, Revisión Médica Independiente). Si usted es elegible para una IMR, este proceso ofrecerá una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por el plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto; decisiones de cobertura para tratamientos que son esencialmente experimentales o están en investigación; y disputas por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también cuenta con un número telefónico gratuito (**1-888-466-2219**) y una **línea TDD (1-877-688-9891)** para personas con problemas de audición y habla. El sitio en Internet del Departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

**Empleados federales:** Si es un empleado federal, tiene derechos adicionales a través de la OPM (Office of Personnel Management, Oficina de Administración de Personal) en lugar del DMHC (Department of Managed Health Care, Departamento de Atención Médica Administrada). Consulte su Folleto del Programa de FEHB (Federal Employees Health Benefits, Beneficios de Salud para Empleados Federales), el cual indica que puede pedirle a la OPM que revise el rechazo luego de solicitarle a su plan de salud que reconsidere su negación o rechazo inicial. La OPM determinará si su plan de salud aplicó correctamente los términos de su contrato cuando rechazó 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 autoaseguradas:** Es posible que tenga derecho a emprender una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA (Employee Retirement Income Security Act, Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados) si está inscrito a su plan de salud a través de un empleador sujeto a ERISA. Primero, asegúrese de que se hayan completado todas las revisiones obligatorias de su apelación de reclamo y que sus reclamos no han sido aprobados. Luego, consulte con el administrador del plan de beneficios de su empleador para determinar si el plan de beneficios de su empleador está regido por ERISA. Además, usted y su plan pueden tener otras opciones alternativas voluntarias para resolver una disputa, como la mediación.