

Acceso Oportuno a la Atención Médica (Servicios de Salud)

Antecedentes

A partir del 17 de enero de 2011, el Departamento de Cuidado de la Salud Administrada de California implementó regulaciones para garantizar que las personas inscritas en HMOs tengan acceso a los servicios de atención médica necesarios de manera oportuna. (Código de Salud y Seguridad 1367.03). Los planes de salud con licencia del Departamento de Cuidado de la Salud Administrada deben tener una red de proveedores que sea lo suficientemente grande y variada como para ofrecer a los inscritos citas que sean clínicamente apropiadas y que cumplan con los plazos que se indica a continuación. A partir de marzo de 2012, los planes también deben presentar un informe anual de cumplimiento, que incluya las tasas de cumplimiento para cada una de las normas con plazos específicos.

Plazos

Los plazos pueden acortarse o incrementarse si un profesional de la salud calificado lo considera clínicamente apropiado. Se debe documentar, en el registro del afiliado, una declaración de que el aumento del tiempo de espera no afectará negativamente la salud del paciente.

Citas dentales

• Cita de atención urgente	Dentro de las 72 horas de la solicitud
• Cita de atención no urgente	Dentro de los 36 días laborales de la solicitud
• Cita de cuidado preventivo	Dentro de los 40 días laborales de la solicitud

Citas médicas

• Cita de atención urgente, que no requiere autorización previa	Dentro de las 48 horas de la solicitud
• Cita de atención urgente, que requiere autorización previa	Dentro de las 96 horas de la solicitud
• Cita de atención primaria no urgente	Dentro de los 10 días laborales de la solicitud
• Cita con especialista	Dentro de los 15 días laborales de la solicitud
• Cita con un proveedor de salud mental no médico	Dentro de los 10 días laborales de la solicitud
• Citas no urgentes para servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud (radiografías, pruebas de laboratorio, etc.)	Dentro de los 15 días laborales de la solicitud

Asistencia telefónica

• Servicios de "triaje" o evaluación por teléfono para determinar la urgencia de la afección	Disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, con un tiempo de respuesta de no más de 30 minutos
• Tiempo de espera para hablar con un representante de servicio al cliente para una persona inscrita en un plan de salud	No más de 10 minutos

Apelaciones

Si se le niega la atención oportuna, los consumidores deben presentar una queja ante su plan de salud. Los consumidores también pueden presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud: Línea de ayuda HMO (888) 466-2219 [voz] o (877) 688-9891 [TDD] o por internet en

<http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx>.

Para más información

Departamento de Cuidado de la Salud Administrada de California <http://www.hmohelp.ca.gov/>.

Información sobre el acceso para personas con discapacidades:

<http://www.dmhc.ca.gov/HealthCareinCalifornia/YourHealthCareRights/DisabilityAccess.aspx>.

Carta de queja de Acceso Oportuno a la Atención Médica (Servicios de Salud)

Su nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código postal (Zip)

Teléfono:

Email:

Plan de salud:

Número de membresía:

Nombre del Grupo Médico:

Número de Grupo Médico:

☐ Se adjuntan documentos de apoyo.

La razón de mi queja es la siguiente:

Mi problema de salud relacionado con esta queja es:

He recibido el siguiente tratamiento para este problema de salud (si no se ha recibido ningún tratamiento, escriba "ninguno"):

Los siguientes médicos, especialistas y otros profesionales de la salud me han tratado por este problema de salud:

Espero recibir una respuesta por escrito de usted dentro de 5 días laborales.

Atentamente,