

## Forma para una Queja del Médico / Proveedor



### TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

P. O. Box 149091

Austin, Texas 78714-9091

Email: [ConsumerProtection@tdi.state.tx.us](mailto:ConsumerProtection@tdi.state.tx.us)

Main Number: (512) 463-6500 (800) 252-3439

Número De Fax: (512) 475-1771

### Aviso

TDI usa la información indicada en esta forma para ayudar a resolver su queja. La resolución puede requerir a TDI compartir esta información con la persona o la compañía nombrada en su queja. Aunque por la ley mucha de la información que usted envía se puede considerar información pública, porciones pueden ser confidenciales. Por ejemplo, usted puede incluir la información privada protegida por la doctrina de la ley común de la privacidad, expedientes médicos protegidos por el Acta de la Práctica Médica, o las direcciones individuales del E-mail protegidas por el Acta Pública de la Información de Tejas. Usted no renuncia a estas protecciones a su privacidad al compartir esta información con el propósito de procesar su queja.

Además, el Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico deje que doctores y proveedores del cuidado médico proporcionen información sobre el cuidado médico de una persona a las agencias del descuido de la salud tales como TDI. La ley permite que los doctores y los proveedores divulguen esta información sin la autorización si el acceso es para cualquier propósito para el cual la agencia se autorice legalmente a recoger la información.

Si usted quisiera más información sobre la naturaleza pública o confidencial de la información mantenida por TDI, consulte por favor nuestra [Política de Registros Públicos](#) y nuestra [Política de Privacidad del Web Site](#). Esta forma se protege para cumplir requisitos de la privacidad.

## Presentando una queja

1. Imprima esta forma en línea (o la versión RTF/PDF), complete la información, y envíela por correo a nuestra dirección o por fax al número de teléfono arriba.
2. Complete y envíe esta forma en línea.

**Importante:**

Las quejas que requieren documentos acreditativos deben ser enviadas por correo o por fax. Si usted presenta la queja en línea, imprima una copia de la queja llena antes de usar el botón de enviar al final de la forma. Agregue esa copia a cualquier documento que usted envíe por correo o por fax. Ayudará a acelerar el proceso. Usted puede esperar una carta de acuse de recibo una vez que se haya recibido su forma de la queja.

**Médicos y Proveedores:**

Envíe una forma para cada reclamación. Refiérase a la información de la tarjeta del seguro del paciente al llenar la forma de la queja o incluya una fotocopia de la tarjeta del seguro cuando usted envía por correo o por fax documentos acreditativos.

**\*Información Requerida**

<b>* Fecha (mm/dd/aaaa)</b>	<input type="text"/>
<b>* Nombre del Médico / Proveedor / Clínica</b>	<input type="text"/>
<b>* Usted es un(a):</b>	<input type="text" value="Médico"/> <input type="text" value="Abastecedor Médico"/>
<b>Por Favor Especifique el Nombre de su Licencia Médica</b>	<input type="text"/>
<b>Contacto en la Oficina:</b>	<input type="text"/>
<b>Su Dirección E-mail</b>	<input type="text"/>
TDI puede lanzar mi direccion del E-mail en respuesta a una peticion publica de la informacion.	<input type="text" value="AGREE"/> <input type="text" value="DO NOT AGREE"/>
<b>* Dirección</b>	<input type="text"/>
<b>* Ciudad</b>	<input type="text"/>
<b>* Estado</b>	<input type="text"/> Utilice Flecha Abajo para las opciones.

<b>* Código Postal</b>	<input type="text"/>
<b>Teléfono del Negocio</b>	<b>Código de Área</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>Extensión</b> <input type="text"/>
<b>Fax:</b>	<b>Código de Área</b> <input type="text"/> - <input type="text"/>

### Información Sobre la Póliza

<b>* Nombre del Paciente: Miembro/Asegurado</b>	<input type="text"/>
<b>Número de Seguro Social del paciente</b>	<input type="text"/>
<b>Nombre del Asegurado Principal:</b>	<input type="text"/>
<b>Número de Seguro Social del Asegurado Principal</b>	<input type="text"/>
<b>Dirección</b>	<input type="text"/>
<b>Ciudad</b>	<input type="text"/>
<b>Estado</b>	<input type="text"/>  Utilice Flecha Abajo para las opciones.
<b>Código Postal</b>	<input type="text"/>
<b>La Queja es Contra:</b>	<input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Indemnización</li> <li>Del Asegurado / Paciente</li> <li>Plan Autónomo</li> <li>Administrador de Tercera Parte</li> <li>Agente de Revisión de Utilización</li> <li>Verificacion/ Declinacion</li> <li>Intervencion</li> <li>Red de Compensación para Trabajadores</li> <li>Otro</li> </ul>
<b>Si "Otro" Por Favor Especifique</b>	<input type="text"/>

<b>Tipo de Cobertura:</b>	<input type="text" value="HMO"/> <input type="text" value="Suplemento de Medicare"/> <input type="text" value="PPO"/> <input type="text" value="Accidentes del Trabajo"/> <input type="text" value="Otro"/>
<b>Si "Otro" Por Favor Especifique</b>	<input type="text"/>
<b>Fecha(s) del Tratamiento</b>	<input type="text"/>
<b>* ¿Para esta demanda, es usted proveedor preferido contraído con el cargador de seguro del miembro?</b>	<input type="text" value="Yes"/> <input type="text" value="No"/>
<b>Si se contrae con el cargador de seguro del miembro, mecanografié por favor el nombre del cargador en el bloque siguiente:</b>	<b>Nombre del cargador:</b> <input type="text"/>
<b>* ¿Para esta demanda, se contrae con el plan de HMO del miembro?:</b>	<input type="text" value="Yes"/> <input type="text" value="No"/>
<b>Si se contrae con el HMO del miembro, mecanografié por favor el nombre del HMO en el bloque siguiente:</b>	<b>El nombre del plan de la salud:</b> <input type="text"/>
<b>Si se contrae con el asegurador o el HMO con una Asociación Independiente de Médicos (IPA), mecanografié por favor el nombre del IPA en el bloque siguiente:</b>	<b>El nombre del IPA:</b> <input type="text"/>
<b>* ¿Qué fecha (mm/dd/yyyy) usted, o su IPA si es aplicable, pasado renueve, o entre en, su contrato con este cargador?</b>	<input type="text"/>
<b>¿Es usted un anestesiólogo, radiólogo, o patólogo basado en una facilidad?</b>	<input type="text" value="Anestesiologo"/> <input type="text" value="Radiologo"/> <input type="text" value="Patólogo"/>

**Por favor mire la tarjeta de seguro médico del asegurado/paciente para las respuestas a las siguientes preguntas o adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico del miembro:**

<p><b>* Nombre de la Compañía de Seguros o HMO del Asegurado / Paciente</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>* Número de Miembro</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>* Número de Grupo</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>Grupo Médico del médico de cabecera del asegurado / paciente</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>Fecha Efectiva de Cobertura (mm/dd/aaaa)</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>Número de Póliza o de la Reclamación</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>Mi Queja Es:</b></p> <p><b>Para Hacer Selecciones Múltiples, Oprima la Tecla 'Ctrl'.</b></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reclamo de Pago Lento</li> <li>Reclamo de Pago Incorrecto</li> <li>Recomendación para atención médica</li> <li>Recetas/Lista de Medicinas</li> <li>Relaciones del Proveedor/Servicio al Cliente</li> <li>Necesidad de Tratamiento Medico</li> <li>Rechazo de Reclamación</li> <li>Preautorización/Precertificación</li> <li>Verificacion/ Declinacion</li> <li>Intervencion</li> <li>Otro</li> </ul> </div>
<p><b>Si "Otro" Por Favor Especifique</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>* ¿El portador ha reconocido el recibo de la demanda?</b></p>	<input type="text" value="Yes"/> <input type="text" value="No"/>
<p><b>* ¿El cargador ha negado el recibo de la(s) demanda(s)?</b></p> <p><b>Si es que sí, por favor adjunta una copia de la carta del cargador que niega el recibo de la demanda.</b></p>	<input type="text" value="Yes"/> <input type="text" value="No"/>

<p><b>* ¿El portador ha negado la(s) demanda(s) por escrito?</b> Si es que sí, por favor adjunta una copia de la explicación de beneficios (EOB).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>* ¿El cargador ha negado la demanda por escrito?</b></p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>Si el portador ha hecho cualquier pago por favor indica la cantidad pagada. [Ejemplo - 39.90]</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>* ¿El cargador ha solicitado información adicional?</b></p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>* ¿Usted proporcionó servicios en la remisión de un HMO, de PPO, o de un proveedor preferido porque el servicio no era en-red razonablemente disponible?</b></p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>* ¿Usted proporcionó servicios del cuidado de la emergencia?</b></p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>Por Favor Explique Su Queja.</b></p>	

--	--

**¿Qué considera usted una justa  
solución a su problema?**

---

## FIRMA DEL PROVEEDOR O SU REPRESENTANTE

La firma no es necesaria cuando la queja se transmite en línea

Por favor imprima una copia de la forma llena para sus archivos y para usar cuando usted envíe documentos acreditativos

---

### Acceso y corrección de la información personal

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que el Departamento de Seguros de Tejas (TDI) obtiene sobre usted. Bajo las secciones 552.021 y 552.023 del código del gobierno de Tejas, usted tiene derecho de revisar o de recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información privada. Sin embargo, TDI puede retener la información por razones diferentes a proteger su derecho a la privacidad. Bajo la sección 559.004 del código del gobierno de Tejas, usted tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información incorrecta que TDI tiene sobre usted. Para más información sobre el procedimiento y los costos para obtener la información de TDI o sobre el procedimiento para corregir la información guardada por TDI, por favor envíe email a la [Sección de Asesoría de la Agencia](#) de la División Anuencia Legal de TDI o entre en contacto con ellos al teléfono (512) 475-1757 o revise los [Procedimientos de TDI para Correcciones](#).

Texas Department of Insurance

---

## El aviso para las quejas que implican pagos de la demanda o demanda retrasa

Si usted tiene un problema de "Rechazo de Reclamación" ó "Reclamo de Pago Lento," por favor adjunte cada una de las formas siguientes con su queja:

- HCFA 1500 o UB-92
- evidencia del envío de la queja
- evidencia de las actividades anteriores de cobro, incluyendo recibos del correo y confirmaciones de entrega
- detalles específicos con respecto llamadas telefónicas y a comunicaciones escritas con el proveedor del seguro, incluyendo nombres, fechas y números de teléfono, si es posible.