



## Formulario para quejas formales del miembro

Puede utilizar este formulario para presentar una queja formal. Adjunte cualquier tipo de información que tenga para respaldar la solicitud. Envíe el formulario y la información de respaldo a: Grievances and Appeals, **PO BOX 45026 Fresno, CA 93718**. O también puede llamar al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro para solicitarle al Servicio de Atención al Cliente que complete este formulario por usted. Enviaremos una respuesta a su queja formal dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que la recibimos.

|                                                          |                                                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del miembro:                                      | Número de identificación (consulte la tarjeta de identificación de miembro): |
| Número de grupo (consulte la tarjeta de identificación): | Números de teléfono:                                                         |
| Dirección:                                               |                                                                              |

### Si usted no es el miembro, proporcione la siguiente información:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Su nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Relación con el miembro (si corresponde): |
| Sus números de teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |
| Su dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
| ¿Es usted el representante autorizado o el tutor legal del miembro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |
| <i>Nota: Si usted no es su representante autorizado o tutor legal, debemos tener una autorización escrita para permitirle actuar en nombre del miembro.</i>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |
| Explique su queja formal. Incluya, si la siguiente información está disponible: <ul style="list-style-type: none"><li>• el nombre del proveedor que lo atendió o lo atenderá;</li><li>• las fechas de servicio;</li><li>• el número de reclamo o de referencia de la decisión específica con la que no está de acuerdo; y</li><li>• las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión.</li></ul> |                                           |



Si su plan es regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada, lea la siguiente información. Si no sabe si su plan es regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada, consulte su cuadernillo de beneficios. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarlo. Para ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente, llame al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si su plan no es regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada, puede obtener información acerca de sus derechos de queja o apelación en su cuadernillo de beneficios o a través del Servicio de Atención al Cliente.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de controlar los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna queja contra su plan médico, primero debe llamar al plan médico al **1-855-343-2247** o la línea TDD al **1-800-735-2929** y seguir el procedimiento de tramitación de quejas antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamación no prohíbe ningún posible derecho o recurso que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que su plan médico no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que haya quedado sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR hará una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado el plan médico sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean de naturaleza experimental o de investigación y disputas por pagos de servicios médicos de emergencia y urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del departamento [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para Uso exclusivo de Community Care Health.

|                           |                     |        |
|---------------------------|---------------------|--------|
| Nombre del representante: | Unidad/Consultorio: | Fecha: |
|---------------------------|---------------------|--------|