



COMMUNITY CARE
HEALTH

Formulario de 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 45020 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:	

¿Usted es el representante autorizado o el tutor legal del miembro? Si No

Nota: Si usted no es su representante autorizado o tutor legal, debemos tener una autorización escrita para permitirle actuar en nombre del miembro.

Explique su queja formal. Incluya, si se encuentra disponible, la siguiente información:

- el nombre del proveedor que le brindó o le brindará atención;
- las fechas del servicio;
- el número de reclamación o de referencia de la decisión específica con la que no está de acuerdo; y
- las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión.

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 regular los planes de servicios de atención de la salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-735-2929** o a la línea TDD, **1-855-343-2247**, y utilizar su proceso de quejas formales antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de queja no lo priva de ningún posible derecho legal ni de los recursos de los que usted pueda disponer. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia o una queja formal que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o que haya permanecido sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También puede reunir los requisitos para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si usted reúne los requisitos para una IMR, este proceso implicará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud respecto de la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o que están en investigación, y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**888-HMO-2219**) y una línea TDD (**877-688-9891**) para personas con problemas de audición y habla. En el sitio web del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, encontrará formularios de reclamo, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea. También puede comunicarse por escrito con el Departamento a la siguiente dirección: 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814 o por correo electrónico a helpline@dmhc.ca.gov.*

Si usted tiene una enfermedad terminal (una afección incurable o irreversible que tiene una gran probabilidad de provocar la muerte en el plazo de un año o menos tiempo) y se le niega el tratamiento propuesto debido a que se considera que el tratamiento es experimental o de investigación, es posible que usted tenga derecho a reunirse con nosotros para analizar su caso como parte del proceso de quejas formales. Si cree que este es su caso y desea solicitar una reunión, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al **1-855-343-2247**. Si sufre de pérdida de la audición o el habla, llame al **1-800-735-2929**, nuestra línea TDD. Este derecho es adicional con respecto a cualquier otra opción de resolución de disputas disponible para usted según se explica en este aviso.

Firma: _____ Fecha: _____

Para Uso exclusivo de Community Care Health.

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