

## Forma de Queja

Favor de completar ambos lados de la forma y mandar por correo tan pronto como le sea posible a la dirección ubicada en la parte inferior. Comprobante de recibo de la forma sera mandada dentro de 5 dias habiles. Todas quejas se resolveran dentro de 30 dias cuando posible. Si su queja es urgente o una emergencia favor de hablar sin costo al (877) 433-6825, para revision inmediata. Miembros que tengan una queja en contra del plan no seran discriminados ni se les tomara en contra en ninguna forma.

### Informacion del Miembro

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_  
# de Identificacion del Miembro: \_\_\_\_\_  
Nombre del Subscriptor ( en caso de ser diferente del anterior): \_\_\_\_\_  
# de Identificacion del Subscriptor: \_\_\_\_\_  
Telefono de dia: \_\_\_\_\_ Telefono de Noche: \_\_\_\_\_

### Información de la Queja

Favor de usar el otro lado de la hoja para describir en detalle la queja.  
La queja es en contra de ( favor de poner una paloma en los espacios indicados):

\_\_\_\_\_ Plan                      \_\_\_\_\_ Personal de la Facilidad  
\_\_\_\_\_ Facilidad                \_\_\_\_\_ Proveedor que lo trata

Fecha de la queja: \_\_\_\_\_

### Informacion de la Facilidad

Nombre de la Facilidad: \_\_\_\_\_ # de Identificación de la Facilidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Facilidad: \_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor en tratamiento: \_\_\_\_\_  
Lista de los nombres del personal con quien hablo refrente a esta situacion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El Departamento de Atención Administrada de la Salud ( California Department of Managed Health Care) es el responsable de regular los planes de servicios de salud. Si tiene alguna queja en contra de su plan de salud, debera hablar primero a su plan de salud al **1-714-479-0777** o al **1-877-4-DENTAL** y use el proceso de quejas de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizando este procedimiento de quejas no le prohíbe ningun posible derecho legal o remedios que esten a su disposicion. Si requiere de ayuda con una quejade emergencia, si no esta satisfecho con una queja resuelta por su plan de salud, o si su queja ha permanecido sin ser resuelta por mas de 30 dias, usted puede llamar al Departamento para ayuda. Tambien puede calificar para una Revision Medica Independiente (Independent Medical Review=IMR). Si califica para un IMR, el procedimiento del IMR le va a proveer una opinion imparcial de las decisiones hechas por un plan de salud relacionado a la necesidad medica del servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura para tratamientos que son experimentales o de indole de investigacion y disputa por pagos de servicio de emergencia o de urgencia medica. El Departamento tiene una linea para que llame sin costo (**1-888-HMO-2219**) y una linea para TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad del oido y del habla. El Departamento tiene un Web site



Firma del Miembro

Fecha