Formulario de queja formal para miembros

Puede usar este formulario para presentar una queja formal. Adjunte cualquier información que tenga para explicar lo que sucedió. Envíe el formulario y cualquier información de respaldo a: **Community Care Health, Attention Grievances and Appeals, PO BOX 45016, Fresno, CA 93718**.

También puede llamar al 1-559-724-4995 para pedir a Servicio al Cliente que complete el formulario por usted. Le enviaremos una carta confirmando que recibimos su queja formal en un plazo de cinco días calendario después de la fecha en que la recibamos. También le enviaremos una respuesta a su queja formal en un plazo de 30 días calendario después de la fecha en que la recibamos

Nombre del miembro:	Número de identificación (vea la tarjeta de identificación de miembro):
Número de grupo (vea la tarjeta de identificación):	Teléfonos:
Dirección:	

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

Su nombre:	Relación con el miembro (si corresponde):
Sus teléfonos:	Teléfonos:
Dirección:	
¿Es usted el representante autorizado o tutor legal del miembro? ☐ Sí ☐ No ***Note:*** Debemos tener una autorización por escrito que le permita actuar en nombre del miembro si usted no es su representante autorizado o tutor legal. **Explique su queja formal. Incluya la siguiente información, si está disponible:**	
• El nombre del proveedor que dará o ha dado la atención;	
• Las fechas del servicio;	
• El número de reclamo o de referencia;	
• Y los motivos específicos por los que no está satisfecho o no está de acuerdo con la decisión.	

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna queja formal contra su plan médico, primero debe llamar al plan médico al **1-559-724-4995** o la línea TDD al **1-800-735-2929** y seguir el proceso de quejas formales antes de comunicarse con el departamento. Usar el procedimiento de queja formal no le prohíbe cualquier posible derecho legal o recurso que pueda estar disponible. Si necesita ayuda con una queja formal que implique una emergencia, una queja formal que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan médico o una queja formal que no ha sido resuelta 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 IMR, el proceso de IMR hará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan médico sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y disputas por pagos de servicios médicos de emergencia y urgentes. El departamento también tiene un teléfono de llamada sin costo (**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** tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si tiene una enfermedad terminal y se le niega el tratamiento propuesto porque se considera experimental o de investigación, es posible que tenga derecho a reunirse con nosotros para discutir su caso como parte del proceso de queja formal. Si cree que esto se aplica a su caso y quiere pedir una reunión, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando sin costo al **1-559-724-4995** o al **1-800-735-2929** para las personas con discapacidades auditivas o del habla. Este derecho es adicional a cualquier otra opción de resolución de disputas disponible para usted, como se explica en este aviso.

También tiene derecho a presentar una queja formal si cree que Community Care Health no le ha dado una atención médica transinclusiva. “Atención médica transinclusiva” significa una atención médica integral congruente con las normas de atención para las personas que se identifican como transgénero, de género diverso o intersexuales (TGI), respeta la autonomía corporal personal de una persona, no hace suposiciones sobre el sexo de una persona, acepta la adaptación de género y la presentación de género no tradicional y trata a todos con compasión, comprensión y respeto.

Firma: _____ Fecha:_____

Para uso exclusivo de Community Care Health:		
Nombre del representante:	Unidad/lugar:	Fecha: