

FORMULARIO DE QUEJA DEL PACIENTE

Nombre del suscriptor: _____ No. de miembro: _____

Plan: _____

Nombre del paciente: _____

No. de empleador/grupo: _____

Dirección:

Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____

Nombre del consultorio Dental/Visión: _____

Dirección del consultorio: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Detalles de la queja: Intente suministrar la mayor cantidad de detalles posible. _____

Su solución preferida: _____

(Añada hojas adicionales a este formulario si es necesario)

Firma _____ Fecha: ____/____/____

Si necesita ayuda para llenar este formulario, su proveedor de la red está a su disposición. Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para miembros Golden West al 1-866-926-8078.

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan, al **1-866-926-8078** o a la línea TDD/TTY **711**, para personas con discapacidad auditiva o del habla, y utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no excluye ningún posible derecho legal ni compensación que pueda estar disponible en su caso. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una que no haya tenido resolución alguna durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para solicitar una revisión médica independiente (IMR). De ser así, el proceso de IMR realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas del plan de salud respecto de la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y las disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**), para las personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web **www.dmh.ca.gov** del departamento puede encontrar formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.