

Nombre del miembro: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección del miembro: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Queja

¿Dónde ocurrió el problema? (nombre del hospital, oficina del doctor o otro lugar)

¿Cuándo ocurrió? (Incluir fecha)

¿Quién estaba involucrado?

Describa lo que ocurrió: (Adjunte páginas adicionales, si es necesario)

¿Ha intentado resolver este problema? Sí No

Si respondió "sí," por favor explique:

¿Cómo desearía que se resuelva este problema?

¿Necesitará ayuda con el idioma? Sí No

Idioma: _____

¿Tiene alguna limitación física o otras que le impida asistir a una queja? Sí No

Si respondió "sí", por favor explique:

Entiendo que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ('Health Plan' por sus siglas en inglés) se resolverá mi queja dentro de 30 días.

Entiendo que mi asistencia es voluntaria, pero de no hacerlo podría afectar mi queja.

Entiendo que tengo derecho a:

- Cancelación de miembro;
- Comuníquese con el Department of Managed Health Care (DMHC por sus siglas en inglés);
- Presente una audiencia imparcial estatal (miembros de Medi-Cal solamente).

Firma _____ Fecha _____

Autorizo al Health Plan a obtener registros médicos, información sobre reclamaciones y otros datos indicados con el propósito de resolver una queja en mi nombre.

Firma _____ Fecha _____

¿Le ayudó alguien a completar este formulario? Sí No

Si respondió "sí," por favor explique:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma _____ Fecha _____