



Formulario de queja para miembros

El Departamento de Atención Médica Controlada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, antes de llamar al departamento, debe usar el proceso de quejas formales de su plan. El número es **1-888-936-7526 (TTY 711)**. Seguir este proceso no le impedirá ejercer otros derechos legales o recursos disponibles. Llame al departamento si necesita ayuda con una queja formal por una emergencia, una queja formal no resuelta de manera satisfactoria por su plan de salud o una que siga sin resolverse después de 30 días. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). En ese caso, se hace una revisión imparcial de lo decidido por un plan de salud. Por ejemplo, las decisiones sobre la necesidad médica de un servicio o un tratamiento propuestos; o decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación; y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-466-2219**). Y brinda una



Formulario de queja para miembros

línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhca.gov**, hay formularios de queja y de solicitud de IMR e instrucciones.

Para que entienda mejor sus derechos, el Plan de Salud cambió su formulario de queja conforme a la sección 1367.043 del Código de Salud y Seguridad, y a las pautas del Departamento de Atención Médica Controlada y del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud. Tiene derecho a presentar una queja formal si considera que el Plan de Salud, su personal o los proveedores no respetaron su identidad de género. También puede presentarla si le negaron cuidado médicamente necesario, con perspectiva de género o inclusivo para personas trans. El Plan de Salud se compromete a brindar cuidado respetuoso, inclusivo y equitativo a todos los miembros. Su opinión cuenta. Le recomendamos que comparta sus inquietudes. Así nos ayuda a seguir mejorando nuestro cuidado y servicios.



Formulario de queja formal para miembros

Nombre del miembro _____

Apellido _____

Nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección del miembro _____

Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

N.º de identificación de miembro _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo _____

Nombre del proveedor de cuidado primario _____



Queja

¿Dónde ocurrió el problema? (Nombre del hospital,
consultorio del doctor u otro lugar)

¿Cuándo sucedió? (Incluya la fecha)

¿Quiénes participaron?

Describa lo que sucedió: (Agregue más páginas si
hacen falta)

¿Usted intentó resolver este problema? ☐ Sí ☐ No
Si respondió “Sí”, explique:



Formulario de queja formal para miembros

¿Qué le gustaría que se haga para resolver este problema?

¿Va a necesitar ayuda con el idioma? ☐ Sí ☐ No

Idioma: _____

¿Usted tiene alguna limitación física, o alguna otra limitación, que le impida ir a la reunión sobre la queja?

☐ Sí ☐ No

Si respondió “Sí”, explique:

Sé y entiendo que Health Plan of San Joaquin/
Mountain Valley Health Plan (el “plan de salud”) resolverá
mi queja formal en un plazo de 30 días.

Sé y entiendo que no tengo la obligación de ir. Sin embargo,
no ir podría afectar la resolución de la queja formal.



Sé y entiendo que tengo estos derechos:

- Darme de baja del plan.
- Contactar al Departamento de Cuidado Médico Controlado (DMHC).
- Pedir una audiencia estatal imparcial (solo si es miembro de Medi-Cal).

Firma _____ Fecha _____



Formulario de queja formal para miembros

Para que resuelvan por mí la queja formal, autorizo al plan de salud a obtener lo siguiente:

- Registros médicos;
- Registros de reclamos;
- Otros datos necesarios para resolver mi queja formal.

Firma _____ Fecha _____

¿Alguien le ayudó a completar este formulario? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “Sí”:

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Firma _____ Fecha _____