

FORMULARIO DE QUEJAS

Nombre del miembro _____ Número de ID _____

Dirección _____

Número de teléfono: (Hogar) _____ (Trabajo) _____

Elija uno de los siguientes:

QUEJA: ¿Está disconforme acerca de algo distinto de una decisión de pago de reclamaciones o de beneficios que hayamos hecho?

APELACIÓN: ¿Está disconforme acerca de una decisión de pago de reclamaciones o de beneficios que hayamos tomado?

Describa su inquietud en detalle y utilice los nombres, las fechas y los lugares de servicios, la hora del día y los problemas que sucedieron. Si corresponde, explique también por qué UnitedHealthcare Community Plan of California debe considerar el pago de los servicios solicitados que normalmente no se cubren. Envíe por correo postal este formulario completo a la dirección que se indica al final.

Nombre, dirección y número de teléfono de su Representante Autorizado, si lo hubiera:

(Firma)

(Fecha)

**Servicios para Miembros
UnitedHealthcare Community Plan of California
Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-866-270-5785, TTY 711** y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de quejas no prohíbe ningún posible derecho o compensación legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que implica una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto de manera satisfactoria, o una queja que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si reúne los requisitos para una Revisión médica independiente, el proceso de Revisión médica independiente proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación y de las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento www.dmhca.gov cuenta con formularios de reclamación, formularios de solicitud de Revisión médica independiente e instrucciones en línea.