

# Formulario de quejas/ quejas formales del miembro California



El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal en contra de su plan médico, primero debe llamar a su plan al **1.800.877.7195** y seguir su proceso de quejas formales antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de queja formal no anula ningún posible derecho ni recurso legal que pueda tener. Si necesita ayuda con alguna queja formal sobre una emergencia, alguna queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan médico o alguna queja que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR hará una revisión imparcial de las decisiones que tome un plan médico sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y las disputas sobre el pago de los servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también tiene una línea telefónica 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](http://www.dmhc.ca.gov), tiene formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

**Si es un paciente de Medi-Cal:** Puede solicitar una audiencia imparcial del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) comunicándose con el Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) al **1.800.952.5253** en un plazo de 90 días después de la orden o medida de la queja. Una audiencia imparcial es un procedimiento administrativo en el que puede presentar su preocupación directamente al Estado de California. Si decide solicitar una audiencia imparcial, puede representarse a sí mismo en la audiencia o puede ser representado por otra persona, como un abogado, amigo, defensor, pariente o cualquier persona que elija. El DSS puede ayudarlo a obtener un abogado de asistencia legal, sin cargo, para que lo ayude con su audiencia imparcial.

# Formulario de quejas/ quejas formales del miembro California



Cuando no es feliz, nosotros tampoco lo somos. Nos encantaría escucharlo y tener la oportunidad de arreglar las cosas. Si prefiere llamar o completar nuestro **FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES**, llámenos al **1.800.877.7195** o visite nuestro sitio web en **www.vsp.com**.

## SU INFORMACIÓN

Nombre/Apellido del miembro principal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario, empleador o

HMO \_\_\_\_\_

Nombre/Apellido del paciente \_\_\_\_\_

Su relación con el paciente:  Soy yo  Cónyuge  Hijo  Otra \_\_\_\_\_

¿Es usted un representante autorizado de este paciente?  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO**  Esta queja formal no es acerca de una visita al médico.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de servicio \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo podemos ayudar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su queja formal tiene que ver con una infracción de la privacidad o de la seguridad de la información médica (Security of Health Information, HIPAA)?  Sí  No

Envíe esto a **VSP™, Attn: Complaint & Grievance Unit, PO Box 997100, Sacramento, CA 95899-7100.**

Una vez que recibamos este formulario, recibirá una carta de acuse de recibo dentro de los cinco días calendario y una carta de resolución dentro de los 30 días calendario.