

Inland Empire Health Plan
 Attn: Grievance Unit
 P.O. Box 19026
 San Bernardino, CA 92423-9026
 Fax # (909) 890-5748



INLAND EMPIRE HEALTH PLAN

Para preguntas llame a
 1-800-4347 o TTY
 1-800-718-4347

FORMULARIO DE QUEJAS

Favor de completar el formulario y regréselo al Departamento de Quejas de IEHP al domicilio escrito arriba.

INFORMACION DEL MIEMBRO

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	IDENIFICACION DE IEHP
DOMICILIO DEL MIEMBRO:			TELÉFONO () -
			TELEFONO PARA MENSAJES () -

PERSONA QUE ESTA HACIENDO LA QUEJA (Usted tiene el derecho de designar a cualquier persona que usted escoja para que presente y/o lo represente durante el proceso de su queja. También las quejas pueden ser sometidas por un padre, tutor, pariente, u otra persona cual usted a escogido, si el Miembro es menor de edad o está incapacitado)

NOMBRE _____
RELACION <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO _____

CLASE DE QUEJA

¿DÓNDE PASO EL INCIDENTE? (<i>NOMBRE DEL HOSPITAL, DOCTOR, OTRA LOCALIDAD</i>)
¿CUÁNDO OCURRIÓ? (<i>SI NO ESTA SEGURO, DE FECHA(S) APROXIMADAS</i>)
¿QUIÉN ESTUBO IMPLICADO?
POR FAVOR DESCRIBA LO QUE PASO. (<i>SI ES NECESARIO, ADJUNTE MAS HOJAS</i>)

Como Miembro de IEHP, Ud. tiene derecho a registrar una queja en contra de IEHP o sus proveedores sin tener que preocuparse de alguna acción negativa de parte de IEHP, su Doctor, o cualquier otro proveedor. Ud. también tiene derecho a solicitar una queja con el Departamento de Administración de Cuidados Médicos, el cual regula planes de salud. Todos los miembros, si tiene preguntas, por favor llame al 1-800-440-4347, o 1-800-718-4347 (TTY).

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL
 (*SI EL MIEMBRO ES UN MENOR O ES INCOMPETENTE*)

FECHA

Departamento de Administración de Cuidados Médicos:

El Departamento de Administración de Cuidado Médico es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, debe de llamar a su plan primero (**1-800-440-4347** o **1-800-718-4347** (TTY) y usar su proceso de resolución de quejas antes de comunicarse con el Departamento. Utilizando el proceso de quejas del plan no le previene el uso de cualquier otro remedio provisto por la ley. Si tiene una queja que envuelve una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por el plan, o su queja sigue sin resolución por mas de 30 días, usted puede llamar al Departamento para asistencia. También pueda que usted sea elegible para una Revisión Medica Independiente. Si su caso es elegible para una Revisión Medica Independiente, el proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones medicas hechas por un plan de salud relacionado con el servicio o tratamiento propuesto para él cuidad medico que sé esta necesitado, las decisiones de cobertura para terapia o tratamiento experimental o de investigación y aclarara el conflicto financiero para servicios urgentes o de emergencia. El Departamento tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y para las personas con impedimentos auditivos y del habla pueden usar el (**1-877-688-9891**) para comunicarse con el Departamento. La red del Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene los formularios de quejas y las instrucciones disponibles en línea.

Los servicios mencionados arriba son servicios gratuitos para Miembros de IEHP.