

Inland Empire Health Plan
 Attn: Grievance Department
 P.O. Box 1800
 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
 Fax # (909) 890-5748



Inland Empire Health Plan
FORMULARIO DE QUEJAS
(MEDI-CAL)

Si tiene alguna pregunta
 llame al:
 1-800-440-4347
 1-800-718-4347 (TTY)

Por favor responda este formulario y reenvíelo al Departamento de Quejas de IEHP (IEHP Grievance Department) al domicilio indicado en la parte superior.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

| | | | |
|------------------------|---------|----------|---|
| NOMBRE | INICIAL | APELLIDO | |
| DOMICILIO DEL MIEMBRO: | | | # DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO DE IEHP |
| | | | # DE TELÉFONO |

PERSONA QUE ESTÁ PRESENTANDO LA QUEJA (Usted tiene el derecho de designar a cualquier persona a su libre elección para que presente su queja (queja formal) o para que lo represente durante el proceso de queja. También, las quejas pueden ser presentadas por un padre, tutor, custodio, familiar, u otra persona designada, si el Miembro es menor de edad o es un adulto incapacitado).

NOMBRE _____

RELACIÓN UNO MISMO MADRE PADRE ABUELO TUTOR OTRO _____

TIPO DE QUEJA

¿DÓNDE SUCEDIÓ EL INCIDENTE? (*NOMBRE DEL HOSPITAL, DOCTOR, OTRO LUGAR*).

¿CUÁNDO SUCEDIÓ? (*SI NO RECUERDA CON EXACTITUD, INDIQUE FECHAS APROXIMADAS*).

¿QUIÉN ESTUVO IMPLICADO O QUIÉNES PARTICIPARON EN EL INCIDENTE?

POR FAVOR DESCRIBA QUÉ SUCEDIÓ. (*SI ES NECESARIO, ADJUNTE HOJAS ADICIONALES PARA DETALLAR SU DECLARACIÓN*).

Como Miembro de IEHP, usted tiene derecho a presentar una queja en contra de IEHP o de sus proveedores, sin temor a sufrir alguna acción negativa por parte de IEHP, su Doctor, o cualquier otro proveedor. También tiene derecho a presentar una queja/queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*), el cual regula los planes de salud. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 1-800-440-4347 o al 1-800-718-4347 (TTY).

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL
(SI EL MIEMBRO ES UN MENOR O ESTÁ INCAPACITADO)

FECHA

Departamento de Atención Médica Administrada:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes que ofrecen servicios de atención médica. Si tiene una queja formal relacionada con su plan de salud, debe de llamar primero a su plan de salud al **1-800-440-4347** o al **1-800-718-4347 TTY** y seguir el proceso de resolución de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de quejas no le impide el uso de cualquier otro derecho o recurso legal potencial disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o que continúa sin resolución por más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir asistencia. También es posible que usted sea elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas determinadas por un plan de salud en relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y conflictos financieros por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento 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 <http://www.dmhc.ca.gov> cuenta con formularios para presentar quejas, solicitudes para IMR e instrucciones disponibles en línea.

Usted puede obtener esta información en otros idiomas de manera gratuita. Puede solicitar esta información en formatos alternativos, como impresión con letra grande, en Braille o audio. Llame al 1-800-440-IEHP (4347), de 8am a 5pm (Hora del Pacífico), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

Los servicios mencionados anteriormente están disponibles sin costo para Miembros de IEHP.