

Formulario de Reclamos/Quejas

Estimado miembro:

El siguiente es un Formulario de Reclamos/Quejas que puede completar para acelerar su reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-800-344-4222. Recibirá una carta de Acuse de Recibo del Reclamo dentro de los tres días después de haber recibido dicho reclamo y una carta de Declaración de Resolución del Reclamo dentro de los cinco días después de que se haya tomado una decisión, pero antes de los treinta días calendario de la recepción del reclamo. La carta de Acuse de Recibo del Reclamo confirma que hemos recibido su reclamo.

También puede usar este formulario para apelar la decisión de una queja que ya se haya presentado. Por ley, todas las quejas formales deberán resolverse en un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha en la que se reciba la queja. Toda queja formal podrá ser elegible para una revisión acelerada en casos en los que exista una amenaza inminente o grave para la salud de los miembros que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función principal del organismo. Si tiene alguna pregunta relacionada con el proceso de quejas formales, de elegibilidad para una revisión acelerada o de una queja en específico, comuníquese al 800-344-4222.

Tome en cuenta que es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono para hablar sobre su queja y garantizar una resolución satisfactoria. No olvide escribir, en la sección que se encuentra a continuación, un número de teléfono al que podamos llamar para comunicarnos con usted en caso de ser necesario.

Nombre del miembro: _____ Nombre del empleador *: _____

Dirección del miembro *: _____

Número de teléfono del trabajo del miembro *: _____

Número de teléfono de la celular del miembro: _____

Descripción de su queja, reclamo o apelación *:

Nombre del servicio, personal o proveedor de CONCERN: EAP (si lo conoce): _____

I hereby attest that the above information is true:

Signature: _____

Print Name: _____ Date: _____

Please mail to: Attn: Quality Assurance Manager; CONCERN: EAP; 1503 Grant Road, Suite 120; Mountain View, CA 94040

Dirigido a los miembros de California:

Lea la siguiente información.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de controlar los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe comunicarse por teléfono con el plan de salud al 1-800-344-4222 y utilice el proceso de quejas de su plan de salud antes de contactarse con este departamento. Utilizar este proceso de quejas no impide el uso de posibles derechos legales o recursos que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja en caso de una emergencia, una queja que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. Además, puede reunir los requisitos para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el procedimiento de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto, las decisiones de la cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y los conflictos por pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito 1-888-HMO-2219 y una línea TDD 1-877-688-9891 para personas con problemas de audición o del habla. El sitio web del departamento www.hmohelp.ca.gov incluye formularios de reclamos, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.