



OptumHealth Physical Health of California  
(ACN Group of California, Inc.)

Formulario de Quejas Formales del Miembro (en Letra de  
Imprenta Grande)

Si no está satisfecho con algún aspecto de su contacto con ACN Group of California, Inc., un proveedor contratado de ACN o sus representantes, por favor, complete este formulario y devuélvalo a la dirección que se indica en el mismo.

Información de la Persona que Envía la Queja Formal:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ ESTADO CA Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

Suscriptor       Representante Personal       Empresa  
 Profesional Médico del Paciente  
 Otro \_\_\_\_\_

Información del Paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Plan de Salud del Paciente: \_\_\_\_\_  
N° de Identificación del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Información del Proveedor Tratante:

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro



Doy fe de que toda la información que completé anteriormente es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, envíe este formulario completo por correo a:

OptumHealth Physical Health of California  
P.O. Box 880009  
San Diego, CA 92168  
Attention: Grievance Coordinator

Por favor, consulte la página 4 para revisar la información importante respecto del Derecho a Presentar Quejas Formales del Miembro

Proceso de Notificación de Quejas Formales y Revisión  
Médica Independiente del Departamento de Cuidado de la  
Salud Administrada de California

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es la entidad responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al **1-800-428-6337**, o **para servicios TDDY llame al 1-(888) 877-5379 (voz), o al 1-(888) 877-5378 (TDDY)**, y utilice el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto a su entera satisfacción o una queja formal que no se haya resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad por razones médicas de un servicio o tratamiento propuestos, de las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y de las disputas por servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también tiene un número gratuito (**1-888-466-2219**) y **una línea TDD (1-877-688-9891)** para las personas con limitaciones auditivas y del habla. El sitio de Internet del Departamento (<http://www.dmhc.ca.gov>) ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea.

Si usted cree que su cobertura de salud ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente, también puede llamar al Departamento para obtener ayuda.

**English****IMPORTANT LANGUAGE INFORMATION:**

You may be entitled to the rights and services below. You can get an interpreter or translation services at no charge. Written information may also be available in some languages at no charge. To get help in your language, please call your health plan at: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. If you need more help, call HEALTH PLAN Help Line at 1-888-466-2219.

**Spanish****INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE IDIOMAS:**

Es probable que usted disponga de los derechos y servicios a continuación. Puede pedir un intérprete o servicios de traducción sin cargo. Es posible que tenga disponible documentación impresa en algunos idiomas sin cargo. Para recibir ayuda en su idioma, llame a su plan de salud de ACN Group of California, Inc. al 1-800-428-6337 / TTY: 711. Si necesita más ayuda, llame a la línea de ayuda de la HEALTH PLAN al 1-888-466-2219.

**Chinese****重要語言資訊：**

您可能有資格享有下列權利並取得下列服務。您可以免費獲取口譯員或翻譯服務。部分語言亦備有免費書面資訊。如需取得您語言的協助，請撥打下列電話與您的健保計畫聯絡：ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / 聽力語言殘障服務專線 (TTY)：711。若您需要更多協助，請撥打 HEALTH PLAN 協助專線 1-888-466-2219。

**Arabic****معلومات مهمة عن اللغة:**

ربما تكون مؤهلاً للحصول على الحقوق والخدمات أدناه. فيمكنك الحصول على مترجم فوري أو خدمات الترجمة بدون رسوم. وربما تتوفر أيضًا المعلومات المكتوبة بعدة لغات بدون رسوم. وللحصول على مساعدة بلغتك، يُرجى الاتصال بخطك الصحية على: ACN Group of California, Inc. على الرقم 1-800-428-6337 / TTY: 711. وإذا احتجت لمزيد من المساعدة، يمكنك الاتصال بخط المساعدة التابع لـ HEALTH PLAN على الرقم 1-888-466-2219.

**Armenian****ԿԱՐԵՎՈՐ ԼԵԶՎԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ՝**

Հավանական է, որ Ձեզ հասանելի լինեն հետևյալ իրավունքներն ու ծառայությունները: Կարող եք ստանալ բանավոր թարգմանչի կամ թարգմանության անվճար ծառայություններ: Հնարավոր է, որ մի շարք լեզուներով նաև առկա լինի անվճար գրավոր տեղեկություն: Ձեր լեզվով օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Ձեր առողջապահական ծրագիր՝ ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY՝ 711 համարով: Հավելյալ օգնության կարիքի դեպքում, զանգահարեք HEALTH PLAN-ի Օգնության հեռախոսագիծ 1-888-466-2219 համարով:

**Cambodian****ព័ត៌មានសំខាន់អំពីភាសា:**

អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិ ចំពោះសិទ្ធិ និងសេវានៅខាងក្រោម។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ ឬសេវាការបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ព័ត៌មានដែលបានសរសេរ ក៏អាចនឹងមានជាភាសាមួយចំនួន ដោយឥតគិតថ្លៃដែរ។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាភាសា របស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នៅ៖ ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយថែមទៀត ហៅខ្សែទូរស័ព្ទជំនួយ HEALTH PLAN តាមលេខ 1-888-466-2219។

## Farsi

### اطلاعات مهم در مورد زبان:

شما ممکن است برای حقوق و خدمات زیر واجد شرایط باشید. می توانید خدمات مترجم شفاهی یا ترجمه را بدون پرداخت هزینه دریافت کنید. اطلاعات کتبی نیز ممکن است بدون پرداخت هزینه به برخی زبان ها موجود باشد. برای دریافت کمک و راهنمایی به زبان خودتان، لطفاً با برنامه درمانی: ACN Group of California, Inc. به شماره 1-800-428-6337/TTY: 711 تماس بگیرید. اگر به کمک و راهنمایی بیشتری نیاز دارید، با خط دریافت کمک و راهنمایی HEALTH PLAN به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید.

## Hindi

भाषा-संबंधी महत्वपूर्ण जानकारी:

आप निम्न ल खत अ धकारों और सेवाओं के हकदार हो सकते हैं। आपको मुफ्त में एक दुभा षया या अनुवाद सेवाएँ उपलब्ध कराई जा सकती हैं। कुछ भाषाओं में ल खत जानकारी भी मुफ्त में उपलब्ध कराई जा सकती हैं। अपनी भाषा में सहायता प्राप्त करने के लए, कृपया अपने स्वास्थ्य प्लान को यहाँ कॉल करें: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711 पर। यदि आपको अधिक सहायता की आवश्यकता हैं, तो HEALTH PLAN Help Line को 1-888-466-2219 पर कॉल करें।

## Hmong

### NCAUJ LUS TSEEM CEEB TXOG KEV TXUAS LUS:

Tej zaum koj yuav tsim nyog tau cov cai thiab kev pab cuam hauv qab no. Koj yuav tau ib tug kws txhais lus los sis txhais ntawv pub dawb. Yuav puav leej txhais tau cov ntaub ntawv ua qee hom lus pub dawb. Kom tau kev pab rau koj hom lus, thov hu rau qhov chaw pab them nqi kho mob rau rau koj ntawm: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HEALTH PLAN Help Line ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219.

## Japanese

### 言語支援サービスについての重要なお知らせ :

お客様には、以下のような権利があり、必要なサービスをご利用いただけます。お客様は、通訳または翻訳のサービスを無料でご利用いただけます。言語によっては、文書化された情報を無料でご利用できる場合もあります。ご希望の言語による援助をご希望の方は、お客様の医療保険プランにご連絡ください : ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711。この他のサポートが必要な場合には、HEALTH PLAN Help Lineに1-888-466-2219にてお問い合わせください。

## Korean

### 중요 언어 정보:

귀하는 아래와 같은 권리 및 서비스를 누리실 수 있습니다. 귀하는 통역 혹은 번역 서비스를 비용 부담없이 이용하실 수 있습니다. 일부 언어의 경우 서면 번역 서비스 또한 비용 부담없이 제공될 수도 있습니다. 귀하의 언어 지원 서비스가 필요하시면 귀하의 건강보험에 다음 전화번호로 문의하십시오. ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. 더 많은 도움이 필요하신 분은 HEALTH PLAN 헬프 라인(안내번호: 1-888-466-2219)으로 문의하십시오.

## **Punjabi**

### **ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:**

ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ 'ਤੇ ਦੁਬਾਸੀਆ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੁਝ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 'ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ HEALTH PLAN ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-466-2219।

## **Russian**

### **ВАЖНАЯ ЯЗЫКОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

Вам могут полагаться следующие права и услуги. Вы можете получить бесплатную помощь устного переводчика или письменный перевод. Письменная информация может быть также доступна на ряде языков бесплатно. Чтобы получить помощь на вашем языке, пожалуйста, позвоните по номеру вашего плана: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / линия TTY: 711. Если вам все еще требуется помощь, позвоните в службу поддержки HEALTH PLAN по телефону 1-888-466-2219.

## **Tagalog**

### **MAHALAGANG IMPORMASYON SA WIKA:**

Maaaring kwalipikado ka sa mga karapatan at serbisyo sa ibaba. Maaari kang kumuha ng interpreter o mga serbisyo sa pagsasalin nang walang bayad. Maaaring may available ding libreng nakasulat na impormasyon sa ilang wika. Upang makatanggap ng tulong sa iyong wika, mangyaring tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Kung kailangan mo ng higit pang tulong, tumawag sa HEALTH PLAN Help Line sa 1-888-466-2219.

## **Thai**

### **ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับภาษา :**

คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับสิทธิและบริการต่าง ๆ ด้านล่างนี้ คุณสามารถขอลาแปลภาษาหรือบริการแปลภาษาได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด นอกจากนี้ ยังอาจมีข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรบางภาษาให้ด้วยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด หากต้องการขอความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ

โปรดโทรศัพท์ถึงแผนสุขภาพของคุณที่ : ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 /

สำหรับผู้มีความบกพร่องทางการฟัง : 711 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

โปรดโทรศัพท์ถึงศูนย์ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับ HEALTH PLAN ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1-888-466-2219

## **Vietnamese**

### **THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ NGÔN NGỮ:**

Quý vị có thể được hưởng các quyền và dịch vụ dưới đây. Quý vị có thể yêu cầu được cung cấp một thông dịch viên hoặc các dịch vụ dịch thuật miễn phí. Thông tin bằng văn bản cũng có thể sẵn có ở một số ngôn ngữ miễn phí. Để nhận trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, vui lòng gọi cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị tại: ACN Group of California, Inc. 1-800-428-6337 / TTY: 711. Nếu quý vị cần trợ giúp thêm, xin gọi Đường dây hỗ trợ HEALTH PLAN theo số 1-888-466-2219.