

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-HMO-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.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea.