

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 Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al 1-800-440-4347 y usar el proceso de resolución de quejas antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada a una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por el plan, o una queja que no ha sido resuelta por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si su caso es elegible para una IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de decisiones médicas hechas por un plan de salud relacionadas con las necesidades médicas de servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para terapia o tratamiento experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito 1-888-466-2219 y una línea TDD para las personas con dificultades auditivas y del habla 1-877-688-9891. El sitio web del departamento <https://www.dmhca.gov> tiene los formularios de quejas, los formularios para solicitudes de IMR, y las instrucciones disponibles en línea.

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