

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



Si tiene preguntas, llame al  
1-855-433-4347  
o al TTY 711

**Covered**

**FORMULARIO DE QUEJA DEL MIEMBRO  
(IEHP COVERED)**

Llene el siguiente formulario y envíelo al Departamento de Quejas Formales de IEHP al domicilio que figura arriba.

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

NOMBRE	Inicial. 2.º Nombre	APELLIDO	
DOMICILIO DEL MIEMBRO:			ID. DEL MIEMBRO DE IEHP COVERED:
			N.º DE TELÉFONO:

**PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA** (Usted tiene derecho a designar a alguien para que presente su queja formal o lo represente durante el proceso de queja formal. Además, las quejas formales pueden ser presentadas por los padres, tutores, custodios, parientes u otra persona designada, si el Miembro es menor de edad o un adulto incapacitado)

NOMBRE _____
RELACIÓN <input type="checkbox"/> POR SÍ MISMO <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO/A <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO _____

**NATURALEZA DE LA QUEJA**

¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE? (NOMBRE DEL HOSPITAL, MÉDICO U OTRO CENTRO)
¿CUÁNDO SUCEDIÓ? (SI NO SABE CON CERTEZA, PROPORCIONE FECHAS APROXIMADAS)
¿QUIÉN PARTICIPÓ?
POR FAVOR, DESCRIBA LO QUE SUCEDIÓ. (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

Como Miembro de IEHP Covered, usted tiene derecho a presentar una queja en contra de IEHP Covered o de sus proveedores sin temor a represalias de parte de IEHP Covered, su Médico o cualquier otro proveedor. También tiene derecho a presentar una queja o queja formal ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos, que reglamenta los planes de salud. Si cree que el plan o uno de sus proveedores contratados ha generado indebidamente una denegación, modificación o retraso, usted tiene el derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Si tiene alguna pregunta, llame al 1-855-433-IEHP (4347) o al TTY 711.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MIEMBRO**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL**  
(SI EL AFILIADO ES MENOR DE EDAD O INCAPACITADO)

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

## **Departamento de Administración de Servicios Médicos:**

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-440-IEHP (4347)** (TTY: **711**) y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho o 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 haya quedado sin resolver durante más de 30 días, le recomendamos que llame al Departamento para solicitar asistencia. Además, 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 brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento, **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)**, ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Los servicios indicados más arriba se encuentran disponibles para los Miembros de IEHP sin costo.