

CHINESE COMMUNITY HEALTH PLAN FORMULARIO DE QUEJA

Atención: Member Services-Commercial Group

Dirección de envío: 445 Grant Ave #700, San Francisco CA 94108

Oficina de Servicios para Miembros: 845 Jackson Street San Francisco CA 94133

Nombre: (415) 834-2118 or Fax (415)-397-2129

Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-877-681-8898

Fecha: _____ ID de miembro #: _____
Nombre del miembro: _____
Dirección: _____
Número de teléfono #: _____
Nombre de la persona que presenta la declaración si es diferente de lo anterior / relación: _____

Fecha del problema: _____

Por favor, describa detalladamente el problema. (use y Adjunte hojas adicionales si es necesario)

¿Qué le gustaría que hiciera alguien sobre este problema? (use y adjunte hojas adicionales si es necesario)

¿Necesita ayuda con el idioma? ☐ Sí ☐ No ¿Que lenguaje? _____

¿Tiene alguna discapacidad física que necesita alojamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted un problema que necesita atención médica en los próximos tres días, o tiene un dolor intenso? (Si necesita atención médica inmediata, por favor diríjase a la sala de emergencia más cercana). ☐ Sí ☐ No

Firma del miembro (Representante)

Fecha

Firma de la persona traducida a la apelación o reclamo

Fecha

Proceso de Quejas del Estado de California

Conforme a la ley estatal, le proporcionamos la siguiente declaración:

“El Departamento de Atención de la Salud Administrada (The Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene alguna queja relacionada con su plan de salud, primero debería comunicarse con su plan **CCHP al (415) 834-2118 o (TTY) 1 (877) 681-8898** y usar el proceso de quejas del plan antes de contactar al departamento. Usar este procedimiento de quejas no le prohíbe ningún derecho legal o recurso que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (RMI). Si usted es elegible para una RMI, el proceso de la misma RMI le brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por parte de un plan de salud que estén relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, con las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación o con las disputas de pagos por emergencia o servicios médicos de urgencia. El departamento también tiene un número telefónico sin costo **(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 <http://www.dmhca.gov> tiene los formatos de quejas, los formatos de solicitud de RMI (IMR por sus siglas en inglés) e instrucciones en línea ”