



Formulario de Quejas del Miembro

Teléfono: 1-800-260-2055

TTY/TDD: 1-800-735-2929

Fax: 1-408-874-1962

Horario de atención: 8:30 a.m. a 5:00 p.m., lunes - viernes

Este formulario es opcional. Santa Clara Family Health Plan lo puede ayudar a llenar este formulario. Llame al 1-800-260-2055, 8:30 a.m. a 5:00 p.m., lunes - viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929. O alguien se comunicará con usted por teléfono tan pronto como recibamos este formulario. Lo asistiremos de cualquier manera que podamos y responderemos a cualquier pregunta que tenga. Lo podemos ayudar en cualquier idioma.

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del solicitante si es diferente del nombre del miembro: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Fecha del problema: _____

Describe el problema detalladamente:

¿Lo que le gustaría que alguien hiciera acerca de su problema?

¿Necesitará asistencia en el idioma?

Sí No ¿Cuál idioma prefiere? _____

¿Tiene algún problema que necesita atención médica en los próximos tres días o tiene dolor intenso?

Sí No

Firma*: _____ Fecha: _____

*Si lo firma una persona que no sea el Miembro, es necesario el Formulario de Representante Autorizado (Authorized Representative Form, ARF).

Grievance Appeal

SCFHP USE ONLY

SCFHP RECEIPT DATE: _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Received by: _____ Date: _____

Referred to: _____ Date: _____

Information/Resolution:

Patient Notified: Yes No

Notified by: _____ Date: _____

Special assistance provided (language, transportation):

El Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada) requiere que Santa Clara Family Health Plan le informe lo siguiente:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, debe comunicarse primero por teléfono con su plan de salud al **1-800-260-2055** y utilizar el proceso de queja de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no anula ningún posible derecho o recurso legal que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria, o una queja que aún no haya sido resuelta después de transcurrido el plazo de 30 días, puede ponerse en contacto con el departamento para solicitar ayuda. También puede reunir los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud respecto de la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o cuya naturaleza sea de investigación y disputas de pagos para servicios de emergencia o de urgencia. El Departamento también cuenta con un número gratuito (**1-888-HMO-2219**), y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del departamento, (<http://www.hmohelp.ca.gov>), cuenta con formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Como beneficiario de Medi-Cal:

Puede solicitar una Audiencia imparcial ante el Estado. Si decide solicitar una audiencia, debe hacerlo dentro de los 90 días siguientes al envío de su aviso. Comuníquese con Santa Clara Family Health Plan para solicitar los formularios que necesite. También están disponibles en el Santa Clara County Department of Social Services (Departamento de servicios sociales del condado de Santa Clara).

La información sobre el proceso de la Audiencia Imparcial ante el Estado también está disponible si escribe a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

O al llamar al **1-800-952-5253**. El número para TDD es **1-800-952-8349**.