

FORMULARIO DE QUEJA

INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO

Nombre del miembro (Apellido) (Primer nombre)	Fecha de nacimiento: Mes Día Año	Fecha de vigencia de la inscripción: Mes Día Año
Dirección (Calle) (Ciudad) (Estado)		(Código postal)
Teléfono (Casa)	(Trabajo)	Cantidad de miembros del plan que hay en la familia, incluido el miembro de la queja:
Nombre de la persona que llena el formulario si es diferente del nombre del miembro		(Teléfono durante el día)

¿Dónde ocurrió el problema? (Nombre de la farmacia, hospital o clínica)	Fecha del incidente: Mes Día Año
---	---

¿Quién estuvo involucrado además de usted? (Escriba los nombres del personal involucrado si fuera posible).

Por favor, describa lo que ocurrió lo más detalladamente posible: (Incluya la secuencia de hechos y cómo le afectó el problema).

Vea el documento adjunto

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California se encarga de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene alguna queja contra Blue Shield Promise, primero debe comunicarse por teléfono con Blue Shield Promise al **1-855-699-5557** (TDD/TTY para personas con impedimentos auditivos: **1-877-735-2929**) y utilizar el proceso de quejas de Blue Shield Promise antes de comunicarse con el DMHC. El uso de este procedimiento para presentar quejas no impide el ejercicio de posibles derechos o recursos legales que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que Blue Shield Promise no resolvió de manera satisfactoria o una queja que haya permanecido sin resolución por un período de más de 30 días, puede llamar al DMHC para recibir ayuda. Además, es posible que sea elegible para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). De ser así, el proceso de la IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento de Atención Médica Administrada también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. En el sitio web del Departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, podrá encontrar formularios de queja, formularios de solicitud de una IMR e instrucciones en línea.

ACCIÓN SOLICITADA

¿Qué quisiera usted que se hiciera con respecto a este problema? Vea el documento adjunto

Queja recibida por:	Personalmente <input type="checkbox"/>	Fecha Firma del miembro (optativa) COMPRENDO QUE EL PLAN SE COMUNICARÁ CONMIGO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS PARA DARME UN INFORME ACERCA DE SU INVESTIGACIÓN Y/O ACCIÓN RELACIONADA CON MI QUEJA.
	Por teléfono <input type="checkbox"/>	
Fecha de recepción:	Por correo <input type="checkbox"/>	
Hora de recepción:	Por Internet <input type="checkbox"/>	



Promise
Health
Plan

DESCRIBA LO QUE OCURRIÓ:

ACCIÓN SOLICITADA:

(PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE)

RESULTADO/RESOLUCIÓN:

(Llene solamente si es una Apelación Acelerada)

Al miembro se le informó de manera verbal y se le notificó acerca del proceso de apelación de 72 horas: Sí No

Queja recibida por:

Fecha de recepción: