

# FORMULARIO PARA QUEJAS

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento:	Mes	Día	Año	Día efectivo de inscripción:	Mes	Día	Año
Domicilio		Ciudad			Estado		Zona postal		
Teléfono de la casa		Teléfono del trabajo				Número de miembros inscritos incluyendo al demandante:			
Nombre de la persona completando el formulario (representante), si es diferente del miembro						Teléfono del representante			

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

Además de usted, mencione al personal que está implicado en su queja.

Favor de describir lo ocurrido tan específicamente sea posible (Incluya la secuencia de eventos y de que manera le afectó este problema. Use otra página si es necesario para describirlo con más detalle.)

### Vea el documento adjunto

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) se encarga de regular los planes de salud. Si usted tiene alguna queja sobre Blue Shield Promise, debe llamar primero a Blue Shield Promise, al **1-800-605-2556**, (para las personas con problemas auditivos, el teléfono TDD/TTY es **1-877-688-9891**) y seguir el trámite de quejas del plan, antes de comunicarse con el DMHC. El trámite de quejas no anula ningún derecho o recurso legal que usted pueda tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, o con una queja que Blue Shield Promise no haya resuelto satisfactoriamente, o si su queja lleva más de treinta (30) días sin ser resuelta, puede llamar a DMHC para pedir asistencia. Es posible que también pueda solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne los requisitos necesarios para la IMR, este proceso hará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan de salud. El objetivo de la IMR es determinar la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto y tomar decisiones sobre la cobertura de tratamientos de tipo experimental o de investigación y sobre disputas por el pago de servicios médicos urgentes o de emergencia. El DMHC cuenta también con un número de teléfono sin cargo (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas auditivos o del habla. La página web del DMHC, <http://www.dmhc.ca.gov>, incluye formularios de queja, de solicitud de IMR e instrucciones en Internet.

## ACCIÓN REQUERIDA

¿Qué medida(s) quisiera que se aplicaran a este problema?

### Vea el documento adjunto

Queja recibida por:	En persona	Firma (Opcional)	Fecha
	Por teléfono		
Fecha que se recibió:	Hora que se recibió:	Por correo	TENGO ENTENDIDO QUE EL PLAN SE COMUNICARÁ CONMIGO DENTRO DE 30 DÍAS PARA DARME UN INFORME SOBRE SU INVESTIGACIÓN Y/O SU ACCIÓN CON RESPECTO A ESTE PROBLEMA.
		En línea	



Promise  
Health  
Plan

**DESCRIBA LO QUE OCURRIO:**

**ACCIÓN REQUERIDA:**

*(OFFICIAL USE ONLY)*

**OUTCOME/RESOLUTION:**

*(Complete only if an Expedited Appeal)*

Member was acknowledged verbally and notified of the 72 hours appeal process: Yes  No

Grievance Received by:

Date Received: