

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
1-800-440-4347
TTY: 1-800-718-4347

**FORMULARIO DE QUEJAS DEL MIEMBRO
(MEDI-CAL)**

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

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

NOMBRE	INIC. 2.º NOMBRE	APELLIDO	
DOMICILIO DEL MIEMBRO:			ID. DE MIEMBRO DE IEHP:
			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 con discapacidad)

NOMBRE _____
RELACIÓN <input type="checkbox"/> USTED <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)
¿QUIÉNES ESTABAN INVOLUCRADOS?
DESCRIBA LO QUE SUCEDIÓ. (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

Como Miembro de IEHP, usted tiene derecho a presentar una queja contra IEHP o sus proveedores, incluyendo, entre otros, la atención médica transinclusiva, sin temor a represalias de parte de IEHP, su médico o cualquier otro proveedor. También tiene derecho a presentar una queja formal ante el Department of Managed Health Care, 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 (*Independent Medical Review, IMR*). Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-440-IEHP (4347) o al 1-800-718-4347 para TTY.

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL
(SI EL AFILIADO ES MENOR DE EDAD O UN ADULTO CON DISCAPACIDAD)

FECHA

Departamento de Administración de Servicios Médicos:

El California Department of Managed Health 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: **1-800-718-4347** o **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 (IMR). Si es elegible para una IMR, durante el proceso de IMR se hará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el 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**, ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Los servicios mencionados están disponibles para los Miembros de IEHP sin costo alguno.