

Instrucciones para llenar el Formulario de Quejas y Apelaciones para Miembros

1. Escriba el nombre del miembro.
2. Escriba la inicial del miembro, si tiene una (no es necesario).
3. Escriba el apellido del miembro.
4. Escriba el número de identificación del miembro. Éste se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro.
5. Escriba el nombre del plan de salud del miembro.
6. Escriba el nombre completo de la persona llenando el Formulario de Quejas y Apelaciones para Miembros.
7. Escriba la fecha de hoy.
8. Escriba la dirección del miembro en el lugar indicado. Incluya el número de departamento, si es que tiene uno.
9. Escriba la ciudad del miembro en el lugar indicado.
10. Escriba el código postal del miembro en el lugar indicado.
11. Escriba el número de teléfono donde nos podamos comunicar con usted para hablar sobre la queja o apelación. Siga el siguiente formato: (111) 111-1111.
12. Marque todas las casillas que aplican a la queja o apelación bajo la sección “Naturaleza de su queja o apelación”.
 - a. Problema con el médico o su personal
 - b. Problema para obtener una referencia
 - c. Problema con el consultorio o instalación
 - d. Problema para obtener una cita
 - e. Problema para obtener su medicamento/receta
 - f. Recibió un cobro para servicios médicos
 - g. Problemas con la atención médica
 - h. Apelación (Una solicitud para revisar una decisión adversa de beneficio para retrasar, cambiar, rechazar o suspender un servicio solicitado).
 - i. Otro (Por favor escriba una descripción del problema en el lugar indicado).

13. Por favor escriba una descripción de su inquietud o problema en las líneas de la sección “Naturaleza de su queja o apelación”. Por favor incluya los nombres, fechas, detalles y cuanta información tenga sobre la queja o apelación.
14. La persona que llena el formulario debe marcar su relación con el miembro (miembro, madre/padre, abuelo/a, proveedor, CalOptima, plan de salud o representante autorizado). Escriba su parentesco en la sección “otro” si ninguno de estos le corresponde.
15. La persona que llena el formulario debe escribir con letra de molde su nombre, título (si aplica), firma y fecha.
16. Por favor llene la siguiente información sobre el médico del que se está quejando:
 - a. Nombre
 - b. Fecha de la última consulta
 - c. Dirección
 - d. Ciudad
 - e. Teléfono

Tenga en cuenta de que puede incluir hojas adicionales al ser necesario.

Por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-587-8088 si tiene preguntas o necesita ayuda.