



**FORMULARIO PARA QUEJAS DEL AFILIADO**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de id. del afiliado: \_\_\_\_\_

Nombre y relación con la persona que presenta la queja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

(Trabajo) \_\_\_\_\_

(Casa) \_\_\_\_\_

¿Se puede dejar un mensaje en el trabajo? S / N ¿y en

su casa? S / N

¿A quién se refiere la queja?

\_\_\_\_\_  
(nombre del proveedor/centro de atención o MHN)

**Enviar por correo a:**  
**MHN-Grievance & Appeals**  
P.O. Box 10697

¿Cuál es su N.º de Admisión/Referencia? (si lo conoce)

\_\_\_\_\_

*San Rafael, CA 94912*  
*Si tiene alguna pregunta, llame al*  
**(888) 426-0028** Sitio  
web: **MHN.com**

¿Cuál es el N.º de su Cuenta y el Nombre de su Plan? (si lo conoce)

\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN de la QUEJA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Adjunte otras hojas si es necesario.)

## Departamento de Cuidado Médicos

El Departamento de Cuidado Médico de California es responsable de regular los planes de servicios de salud. Si tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan al **1-888-426-0028** y utilizar el proceso de quejas de su plan, antes de comunicarse con el Departamento de Cuidado Médico. La utilización de este procedimiento de queja no anula los posibles derechos o recursos legales que podrían estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido solucionada satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que pasó más de 30 días sin solución, puede comunicarse con el Departamento de Cuidado Médico. Usted puede también ser elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR). De ser así, el proceso de IMR proporcionará una revisión médica objetiva de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con respecto a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura en tratamientos experimentales o en investigación y de los conflictos por pagos de los servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento de Cuidado Médico cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y un número TDD (**1-877-688-9891**) para personas con impedimentos auditivos y en el habla. En el sitio web del Departamento **[www.dmh.ca.gov](http://www.dmh.ca.gov)** encontrará los formularios para enviar una queja, solicitar la IMR y las instrucciones en línea.

### **Revisión Médica Independiente**

Usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de los servicios del cuidado de la salud cuestionados al Departamento de Cuidado Médico si considera que los servicios del cuidado de la salud elegibles para cobertura y pago conforme a su plan han sido denegados, modificados o demorados indebidamente por su plan o alguno de sus proveedores contratados. Un “Servicio del Cuidado de la Salud Cuestionado” es cualquier servicio del cuidado de la salud elegible para cobertura y pago conforme a su plan que ha sido denegado, modificado o demorado por su plan o alguno de sus proveedores contratados, en su totalidad o en parte debido a que se determinó que el servicio no era médicamente necesario. El proceso de IMR es complementario de cualquier otro procedimiento o recurso que pudiera estar a su disposición. Puede obtener información adicional sobre la IMR del Departamento de Cuidado Médico en ([www.dmh.ca.gov](http://www.dmh.ca.gov)). Las solicitudes de beneficios más allá de aquellos que están incluidos en su paquete de beneficios del cuidado de la salud no son elegibles para la IMR. El proceso de revisión independiente no está disponible para afiliados en *planes de autoseguro*.