

Formulario de Quejas y Apelaciones del Miembro



Fecha en que presentó la queja o apelación: _____

Paso 1: Complete este formulario con su información de la Alianza.

Apellido:	Nombre:
Número de identificación (ID) de la Alianza:	Número de teléfono celular:
Fecha de nacimiento:	Otro número de teléfono:
Dirección:	
Ciudad, estado y código postal:	
Tengo cobertura de la Alianza por medio de:	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Alliance Care IHSS para Servicios de Ayuda a Domicilio (In-Home Support Services; IHSS, por sus siglas en inglés)	
<input type="checkbox"/> Estoy solicitando una revisión acelerada porque este asunto implica una amenaza grave para mi salud.	
<input type="checkbox"/> Tengo una enfermedad terminal y me han negado el tratamiento. Solicito una conferencia con el personal médico de la Alianza.	
<input type="checkbox"/> Le pedí a la siguiente persona o proveedor que me ayudara con mi queja o apelación:	
Nombre de la persona:	Relación con el miembro:
Si es un proveedor, número de teléfono del proveedor:	Número de fax del proveedor:

Paso 2: Describa qué sucedió o qué acción está apelando.

En el caso de apelaciones, ¿cuál es el número de la autorización que fue negada o modificada?	
En el caso de las quejas, ¿contra quién es su queja? Nombre del proveedor:	
¿Cuándo sucedió esto?	Fecha:
Describa lo que sucedió:	

Paso 3: Firme y escriba la fecha en este formulario.

Certifico que las declaraciones hechas arriba son verdaderas y correctas de acuerdo a mi conocimiento:

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Formulario de Quejas y Apelaciones del Miembro



Paso 4: Envié este formulario por correo electrónico, fax o correo regular:

Correo regular: Alliance Grievance Department, 530 West 16th St., Ste. B, Merced, CA 95340

Correo electrónico: grievancecoordinator@ccah-alliance.org

Fax: 831-430-5579

Para los miembros de IHSS, lea la declaración del Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) a continuación.

Declaración del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **800-700-3874** y para las personas con dificultades de audición o del habla llaman al **877-548-0857**, y use el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este proceso de quejas no le impide usar ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactorio o una queja que no ha resuelto por más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. Es posible que también cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review; IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una Revisión Médica Independiente, por medio de Revisión Médica Independiente se hará una investigación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud respecto a una necesidad médica de un servicio o tratamiento pospuestos, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, e inconformidad por el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del departamento es www.dmhc.ca.gov y puede encontrar formularios de queja, formularios de solicitud para Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea.