

Formulario de Quejas y Apelaciones del Miembro

Medi-Cal



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:	
<input type="checkbox"/> Estoy solicitando una revisión acelerada porque este asunto implica una amenaza grave para mi salud.	
<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: _____

Paso 4: Envíe 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