



FORMULARIO DE RECLAMO

SERVICIOS MÉDICOS
ADMINISTRADOS
GEOGRÁFICAMENTE

GMC

SERVICIOS MÉDICOS
ADMINISTRADOS
COMERCIALMENTE

DHMO

PROGRAMA
HEALTHY FAMILIES

HFP

PROGRAMA DE
SALUD DE LOS
ANGELES PAGADO

LAPHP

Access Dental Plan, Inc. ("El "Plan") toma muy en serio todo problema planteado por sus miembros y se esfuerza por lograr soluciones aceptables para todos los interesados. Para facilitar estos esfuerzos, por favor proporcione la siguiente información. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con algún representante de Servicios al Miembro del Plan al 1-800-707-6453 o con cualquier representante del proveedor del Plan.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

NATURALEZA DE LA QUEJA (SEA LO MÁS ESPECÍFICO POSIBLE Y USE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO SI NECESITA MÁS ESPACIO):

FECHA DEL INCIDENTE QUE OCASIONA ESTA QUEJA: _____

NOMBRES DE LOS EMPLEADO DEL PLAN INVOLUCRADOS EN EL INCIDENTE: _____

El Departamento de Atención Médica Supervisada de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene un reclamo contra su plan de salud, primero tiene que llamar por teléfono a su plan de salud al **(1-800-707-6453)** y usar el proceso de reclamo de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de reclamos no prohíbe ningún derecho o recurso potencial que pueda estar a su disponibilidad. Si necesita ayuda con un reclamo que implique una emergencia, un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya permanecido sin solución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionado con una necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea **TDD (1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje. **El sitio Web en Internet del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.**

ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO A:

**Grievance Department
Access Dental Plan
P. O. Box: 255039
Sacramento, CA 95865-5039**

Por favor no escriba debajo de esta línea – para uso exclusivo del Plan.

Nombre de la persona que recibe la queja: _____	Fecha Recibido: _____	Tiempo Recibido: _____	Fecha/hora de registro: _____
---	-----------------------	------------------------	-------------------------------