



# Formulario de quejas y apelaciones de miembros

Teléfono: 1-888-421-8444 Fax: 1-408-885-4425  
2480 N. First Street, Suite 160, San José, CA 95131

Este formulario es opcional. Valley Health Plan puede ayudarlo a completar este formulario. También puede presentar una queja verbalmente llamándonos al **1-888-421-8444**, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST), de lunes a viernes, TTY/TDD deben utilizar el **711** o enviar un correo electrónico a [MemberServices@vhp.sccgov.org](mailto:MemberServices@vhp.sccgov.org). Alguien se comunicará con usted por teléfono cuando se reciba este formulario. Le ayudaremos en todo lo que podamos y responderemos cualquier pregunta que tenga. Podemos ayudarlo en cualquier idioma.

## Información de contacto del miembro

Nombre de miembro: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante la noche: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  Otro

## Información de contacto del tutor o de la parte no agraviada

Nombre del tutor o individuo que lo completa, si es diferente del miembro: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Explicación del problema

Describe su problema en detalle:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría que alguien hiciera con el problema?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Necesitará ayuda con el idioma?  Sí  No En caso afirmativo, preferencia de idioma: \_\_\_\_\_

¿Necesita atención médica dentro de los próximos tres días o tiene dolor intenso?  Sí  No  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha en que el miembro presentó una queja ante otra entidad, si corresponde: \_\_\_\_\_

¿Esta queja está relacionada con la terminación de la cobertura médica?  Sí  No  
En caso afirmativo, proporcione la fecha en que el Miembro recibió el aviso de que la cobertura finalizó o finalizará: \_\_\_\_\_

Proporcione cualquier documento de respaldo con este formulario, como notificación(es) y correspondencia(s) del plan, resúmenes de facturación y comprobantes de pago.

Firma\*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\*Si está firmado por alguien diferente al miembro, se requiere un formulario de representante personal (RP).*

**Para uso interno únicamente**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción del formulario de notificación al miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de envío de la carta de reconocimiento del miembro: \_\_\_\_\_

Número de seguimiento de caso/llamada: \_\_\_\_\_  *Apelación*  *Queja*

El Departamento de Atención Médica Administrada requiere que Valley Health Plan le informe lo siguiente:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-421-8444** y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y del habla. El sitio web de Internet del departamento <http://www.dmhc.ca.gov/> tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.