

FORMULARIO DE QUEJA

Estimado(a) miembro:

A continuación, se presenta un formulario de queja que podrá llenar para presentar una queja. Si cree que un miembro del personal del plan no le proporcionó atención médica transinclusiva, tiene derecho a presentar una queja usando este formulario según los procedimientos de queja estándar del plan. Si necesita ayuda para llenar este formulario o le gustaría presentar su queja por teléfono, llámenos al **1-800-344-4222**. También puede presentar una queja en nuestro sitio web, **concernhealth.com**, por medio del portal para empleados (el enlace al formulario de queja se encuentra en la parte inferior de la página).

Recibirá una carta de acuse de recibo de queja en un plazo de cinco (5) días a partir de la recepción de la queja. La carta de acuse de recibo de queja le informa que recibimos su queja y que estamos trabajando para resolverla. Una vez que terminemos nuestra investigación, le enviaremos una declaración de resolución de la queja en un plazo de cinco (5) días a partir de que tomemos una decisión (pero en ningún caso nos tardaremos más de treinta [30] días calendario a partir de que recibamos su queja).

Puede recibir nuestras cartas por correo postal o, si nos dio permiso, por correo electrónico. *Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método de comunicación completamente seguro e implica la posibilidad de que los mensajes se envíen a la persona incorrecta o que se acceda indebidamente a la información médica protegida durante su almacenamiento o tránsito. Al darnos permiso de comunicarnos con usted por correo electrónico, reconoce y acepta esos riesgos.*

Por ley, todas las quejas deben resolverse en un plazo de treinta (30) días a partir de su recepción. En las situaciones en las que existe una amenaza inminente y grave para la salud del miembro, puede solicitar una revisión acelerada o comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) para recibir ayuda.

Tenga en cuenta que podemos comunicarnos con usted por teléfono para hablar sobre su queja y reunir información adicional que necesitamos para resolver el problema. Asegúrese de proporcionar un número de teléfono al que podamos comunicarnos con usted para analizar su queja con más detalle si es necesario.

Envíe su formulario llenado a:

*Attn: Grievances and Appeals
Concern: EAP
2490 Hospital Dr, Suite #310
Mountain View, CA 94040*

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de queja o su queja en específico, comuníquese con nosotros al 1-800-344-4222. Por ley, todas las quejas deberán resolverse en un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha en la que se reciba la queja.

FORMULARIO DE QUEJA

Nombre del miembro: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del miembro: _____

¿Da su consentimiento para que nos comuniquemos con usted por correo electrónico?

Sí

No

Correo electrónico: _____

N.º de teléfono principal: _____ N.º de teléfono celular: _____

Descripción de la queja: (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Nombre del proveedor, miembro del personal o servicio de CONCERN (si lo conoce): _____

Por medio del presente, doy fe de que la información anterior es verdadera.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

**ATENCIÓN A LOS RESIDENTES DE CALIFORNIA: HAY
INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO**

FORMULARIO DE QUEJA

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 por teléfono a su plan de salud al **1-800-344-4222** y utilizar el procedimiento de queja de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que lleve más de 30 días sin resolverse, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, 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 en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas y del habla. El sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios de queja, formularios de solicitud de una IMR e instrucciones en línea.

¿Puede leer esta carta?

Notice of Availability

You can request an interpreter at no cost to speak with CONCERN: EAP or a counselor. To request an interpreter or ask about written information in your language, first call CONCERN at 800-344-4222. Someone who speaks your language can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 888-466-2219

Aviso de Disponibilidad

Puede solicitar un intérprete sin cargo para hablar con CONCERN: EAP o un asesor. Para solicitar un intérprete o información escrita en su idioma, primero llame a CONCERN al 800-344-4222. Una persona que hable su idioma puede ayudarlo. Si necesita más ayuda, llame al Centro de Ayuda de HMO al 888-466-2219

通知：可提供的語言

在與 CONCERN (EAP 或者一位輔導員)

聯絡時，您可以請求免費提供口譯人員。如需請求提供口譯人員或以您的語言提供書面資料，請首先致電 CONCERN，電話號碼是 800-344-4222。將有一位會講您語言的工作人員幫助您。如果您需要更多幫助，請致電 HMO 協助服務中心，電話號碼是 888-466-2219。

Paunawa ng Kahandaan

Makaahiling kayo ng isang tagasalin ng wika upang makipag-usap sa CONCERN: EAP o isang tagapayo. Upang humiling ng isang tagasalin ng wika o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa inyong wika, tumawag muna sa CONCERN sa 800-344-4222. Ang isang nagsasalita ng inyong wika ay makakatulong sa inyo. Kung kailangan ninyo ng karagdagang tulong, tawagan ang HMO Help Center sa 888-466-2219