



- Medi-Cal
- Healthy Families

**MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
INTER-OFFICE MEMORANDUM FOR COMPLAINTS/GRIEVANCES**

TO: MEMBER SERVICES DEPARTMENT	DATE: (MM/DD/YY) / /	TIME: a.m. p.m.
FROM: (INTERACTING PROVIDER OR STAFF)	ADDRESS:	TELEPHONE NO. ()

FORWARDED VIA: Hand Mail Fax

MEMBER INFORMATION

MEMBER'S NAME: (LAST, FIRST)	TELEPHONE NO.: ()
MEMBER'S REPRESENTATIVE'S NAME: (LAST, FIRST)	TELEPHONE NO.: ()
MEMBER'S ADDRESS: (NO., STREET, CITY, STATE AND ZIP)	
MEDI-CAL I.D. NUMBER OR SOCIAL SECURITY NUMBER:	MEDICAL RECORD NUMBER:
MEMBER'S OR MEMBER'S REPRESENTATIVE'S SIGNATURE:	DATE: / /

HOW THIS COMPLAINT/GRIEVANCE WAS SUBMITTED:

- Walk-In Telephone Contact Letter Other _____

MEMBER'S COMPLAINT / GRIEVANCE

DESCRIPTION OF COMPLAINT/GRIEVANCE:
(USE AND ATTACH ANOTHER PAGE IF NECESSARY)

The California Department of Manage Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at (1-888-665-4621), and use your health plan's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than thirty (30) days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll free telephone number (1-888-HMO-2219) and a TTD line (1-877-688-9891) for the hearing and speech impaired. The department's Internet website <http://www.hmohelp.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

MEMBER WAS ADVISED TO CONTACT MEMBER SERVICES DEPARTMENT: YES NO



- Medi-Cal
- Healthy Families

**MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
MEMORANDUM INTER-OFCINAL PARA QUEJAS**

TO: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL MIEMBRO	FECHA: (MM/DD/AA) / /	HORA: a.m. p.m.
POR: (EMPLEADO O PROVEEDOR ASISTIENDO)	DOMICILIO:	TELÉFONO: ()

ENVIADO VIA: Manual Correo Fax

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

NOMBRE: (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	TELÉFONO: ()
REPRESENTANTE DEL MIEMBRO: (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	TELÉFONO: ()
DIRECCIÓN DEL MIEMBRO (NO. CALLE, CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL)	
NÚMERO DE MEDI-CAL O SEGURO SOCIAL:	NÚMERO DE EXPEDIENTE:

FIRMA DEL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE: _____ FECHA: / /

COMO FUE SOMETIDA LA QUEJA:
 En Persona Por Teléfono Carta De Otra Forma _____

QUEJA DEL MIEMBRO

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA: (PROBLEMA)
(ADJUNTE OTRA PÁGINA SI ES NECESARIO)

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja en contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al (1-888-665-4621). Y debe utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. La utilización del proceso de quejas no prohíbe el ejercicio de algunos derechos legales o remedios que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja en referencia a una emergencia; una queja que el plan no ha resuelto a su satisfacción o una queja que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También podría reunir las condiciones para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne las condiciones para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud relativas a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, a las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y las disputas de pagos por los servicios médicos urgentes o de emergencias. El departamento posee un número telefónico sin costo (1-888-HMO-2219) y una línea TTD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y de lenguaje oral. El sitio Web en Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

SE LE HA SUGERIDO AL MIEMBRO QUE SE COMUNIQUE CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL MIEMBRO: SI NO