

**Sección A: Información del miembro**

Apellido		Nombre		Inicial
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Fecha del incidente		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
N.º de tel. (tardes)	N.º de tel. (día)		Horas de contacto (especifique cuándo prefiere recibir llamadas)	
Sólo elija una opción: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Marketplace		N.º del miembro		

**Sección B: por favor escriba, en manera abreviada, la razón por su queja:****Sección C: Firma**

Yo certifico que las declaraciones hechas en esta queja son verdaderas y correctas, conforme a mi mejor saber y conocimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
Fecha

Si un representante personal presenta la queja en nombre del individuo, complete la siguiente sección y marque la casilla adecuada.

Nombre del representante personal (letra de molde): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante personal \_\_\_\_\_  
Fecha

- Padre del menor de edad  
  Tutor legal  
  Poder notarial  
  Ejecutor o conservador testamentario  
 Otro

Por favor, envíe este formulario a:

Molina Healthcare of California  
 Attn: Member Appeals and Grievance  
 200 Oceangate, Suite 100  
 Long Beach, CA 90802 o  
 N.º de fax (562) 449-0757

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-665-4621** y utilizar el procedimiento para quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Si emplea el procedimiento de quejas, no se le prohíbe ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que no se ha resuelto satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para recibir una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan de salud respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación, y las disputas de pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y la línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición o del habla. La página web del departamento es <http://www.hmohelp.ca.gov> también incluye formularios para quejas, la solicitud para una IMR e instrucciones en línea.