



Formulario de reclamo (queja) de Medi-Cal

Sección A. Información del miembro

Apellido		Nombre		Inicial
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Fecha del incidente		
Domicilio postal		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono durante la noche	Número de teléfono durante el día	Horario de contacto (especifique cuándo prefiere que se comuniquen con usted)		
Número de miembro				

Sección B. Indique de forma detallada el motivo de su reclamo (queja):

Sección C. Firma

Certifico que las declaraciones formuladas en la presente queja son exactas y fidedignas según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Complete lo siguiente y marque la casilla correspondiente si un representante personal presenta la queja en nombre del individuo.

Escribir el nombre del representante personal en letra de imprenta:

Firma del representante personal

Fecha

Padre/madre del menor Tutor legal Poder notarial Albacea/curador

Otro _____

Envíe este formulario a:

Molina Healthcare of California
A la atención de: Member Appeals and Grievance
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802 o
Fax: (562) 499-0757

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene un reclamo contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-888-665-4621 (los usuarios de TTY pueden marcar 711)** y utilizar el procedimiento de reclamos de su plan antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo en referencia a una emergencia, un reclamo que el plan no ha resuelto a su satisfacción o un reclamo que no se ha resuelto en más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También podría 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 en relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y de los litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. 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 o del habla. El sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, contiene formularios para quejas, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en línea.