

Formulario de Queja del Afiliado

Puede utilizar este formulario para presentar una queja. Adjunte la información que tenga que respalde la solicitud. Envíe el formulario y cualquier información de respaldo a la siguiente dirección: Grievances and Appeals, P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310. También puede llamar a la línea gratuita que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para solicitarle al Servicio de Atención al Cliente que complete este formulario por usted. Enviaremos una respuesta a su queja dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que la recibimos.

Nombre del afiliado:	Núm. de identificación (vea la tarjeta de identificación de afiliado):
Número de grupo (vea la tarjeta de identificación):	Número(s) de teléfono:
Dirección:	

Si usted no es el afiliado, proporcione la siguiente información:

Su nombre:	Relación con el afiliado (si corresponde):
Su(s) número(s) de teléfono:	
Su dirección:	

¿Usted es el representante autorizado o tutor legal del afiliado? Sí No

Nota: Si usted no es su representante autorizado o tutor legal, debemos tener una autorización escrita para permitirle actuar en nombre del miembro.

Explique su queja. Incluya, si se encuentra disponible, la siguiente información:

- el nombre del proveedor que le brindó o le brindará cuidados;
- las fechas de servicio;
- el número de la reclamación o de referencia de la decisión específica con la que no está de acuerdo, y
- las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión.

Si su plan está regulado por el Department of Managed Health Care, lea la siguiente información. Si desconoce si su plan está regulado por el Department of Managed Health Care, mire su folleto de beneficios. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarle. Para ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente, llame al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra el plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud, al **1-800-365-0609** o a la línea TDD, **1-866-333-4823**, para personas con discapacidad auditiva o del habla, y utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no excluye ningún posible derecho legal ni compensación que pueda estar disponible en su caso. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para solicitar 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, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o investigativa y las disputas por pagos de servicios de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, hay formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

Si su plan está regulado por el California Department of Insurance (CDI), lea la siguiente información. Si desconoce si su plan está regulado por el California Department of Insurance, mire su folleto de beneficios. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarle. Para ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente, llame al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

El California Department of Insurance es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra el plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud, al **1-800-365-0609** o a la línea TDD, 1-866-333-4823, para personas con discapacidad auditiva o del habla, y utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no excluye ningún posible derecho legal ni compensación que pueda estar disponible en su caso. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. Si usted y su plan no llegan a una solución con la que estén conformes o usted no logra resolver el problema mediante el arbitraje con su plan, puede comunicarse con el CDI:

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciarios independientes de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
Teléfono: 1-800-927-HELP (4357) o 1-213-897-8921
línea TDD: 1-800-482-4TDD (4833)
<http://www.insurance.ca.gov/>

Si usted tiene una enfermedad terminal (una afección incurable o irreversible que tiene una gran probabilidad de provocarle la muerte en el plazo de un año o menos tiempo) y se le niega el tratamiento propuesto debido a que se lo considera experimental o de investigación, es posible que usted tenga derecho a reunirse con nosotros para analizar su caso como parte del proceso de queja.

Si cree que este es su caso y desea solicitar una reunión, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al **1-800-365-0609** o al 1-866-333-4823 para personas con discapacidad auditiva o del habla. Este derecho es adicional con respecto a cualquier otra opción de resolución de disputas disponible para usted según se explica en este aviso.

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso exclusivo de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health

Nombre del representante:	Unidad/centro:	Fecha:
---------------------------	----------------	--------