



FORMA DE QUEJAS / APELACIÓN

Envíelo a la: **CenCal Health**
Departamento de Servicios para Miembros
4050 Calle Real – Santa Barbara, CA 93110
Fax: 805-685-2767 Número de Teléfono, libre de cobro, 1-877-814-1861

- Healthy Families** **Prenatal PLUS 2**
- Healthy Kids** **In-Home Supportive Services (IHSS)**

CenCal Health reconocerá haber recibido su queja o apelación, por escrito, dentro de cinco (5) días calendarios y responderá, por escrito, a su queja o apelación dentro de treinta (30) días calendarios.

Nombre del Miembro	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código:
Número de Teléfono:		
Nombre del Proveedor:		
Describa su queja / apelación. Por favor de proveer fechas, tiempos, lugares y nombres. Si es necesario, use una segunda hoja o el trasero de esta página.		
Firma de la persona que completo esta forma:		Fecha:

Enfermedad Terminal - Conferencia de Cara-a-Cara de Investigación / Experimental-Como indica el Código Knox-Keene Estatal de Salud y Seguridad de California Acto 1370.4

Yo _____, (nombre del solicitante) por este medio solicito una conferencia de cara-a-cara con CenCal Health. Me doy por entendido que esta conferencia con CenCal Health se me otorgará dentro de (30) días calendarios a partir de esta petición, o dentro de cinco (5) días si lo determina mi médico del plan de salud y el Director Médico de CenCal Health, y que la efectividad del tratamiento propuesto o requerido será materialmente reducido si no se provee lo más pronto posible.

El Departamento de Administración de Cuidado Médico de California es responsable por regular los servicios de salud de los planes. Si tiene una queja contra su plan de salud, primeramente debería acudir a su plan y usar el proceso de quejas antes de ponerse en contacto con el departamento, llamando al número de teléfono **1-877-814-1861** y al **1-805-685-4131** para personas con impedimentos auditivos y de habla. El utilizar este procedimiento de quejas, no se le prohíbe la posibilidad de usar recursos o derechos legales que estén a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada a una emergencia, una queja que su plan no solucionó a su satisfacción, o una queja por la cual no a recibido resolución por más de 30 días, usted puede llamar para obtener asistencia al departamento. También puede ser elegible para un Repaso Médico e Independiente (IMR por sus siglas en inglés). El proceso de IMR le proporcionará un repaso imparcial de las decisiones médicas que hace el plan de salud relacionadas a la necesidad médicas de una cobertura de servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura para los tratamientos de que por naturaleza son experimentales o investigables, y controversias de pagos para las emergencias, o servicios médicos urgentes. El departamento también tiene un número libre de cobro **1-888-HMO-2219** y una línea (TDD por sus siglas en inglés) **1-877-688-9891** para personas con impedimentos auditivos y de habla. Los formularios de quejas, la aplicación para un repaso de IMR, y las instrucciones de los procedimientos de quejas se pueden obtener en la pagina de Internet <http://www.hmohelp.ca.gov>.