



**Formulario de reclamación
HPCC - CA**

GFC LOG# _____

Reclamación presentada por (complete la información del miembro/suscriptor para todas las reclamaciones, incluso si el miembro no está presentando la reclamación):

Representante de la organización del cliente

Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Proveedor de servicios:

Nombre (incluyendo licencia): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ ID#: _____

Miembro/Suscriptor (Complete esta información para todas las reclamaciones):

Nombre: _____ ID#: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ SS#: _____

Empleador: _____

Miembro de la familia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Reclamación presentada contra:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Naturaleza de la reclamación (si se requiere más espacio, por favor, adjunte páginas adicionales):

Formulario de reclamación - HPCC

“El Departamento de California de Cuidados Dirigidos es responsable de regular los planes de servicios de salud. Si usted tiene una reclamación contra su plan de salud, debe telefonar primero a su plan de salud (1-800-321-2843) y utilizar su proceso de plan de reclamación antes de ponerse en contacto con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamaciones no prohíbe ningún posible derecho legal o remedios que pueda usted tener disponibles. Si usted necesita ayuda con un proceso de reclamación que implique una emergencia, una reclamación que no se haya resuelto satisfactoriamente por su plan de salud o una reclamación que haya permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas realizadas por un plan de salud relacionado con la necesidad médica de un servicio propuesto o tratamiento, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de naturaleza de investigación y disputas de pago para servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento tiene un número de teléfono gratuito (1-800-HMO-2219) y una línea para personas con problemas de audición y de habla (1-877-688-9891). La página Web en Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de reclamaciones, solicitudes de formularios IMR e instrucciones en línea.”

Firma (persona que presento el reclamo) Título Fecha

Firma
(personal de ventas y servicios al cliente recibiendo la reclamación) Título Fecha

Firma (Presidente del departamento) Título Fecha

Plan de acción (lo que se debe hacer/se está haciendo acerca de la reclamación):

¿Reclamación resuelta?: Sí ____ No ____ Fecha: _____

Resolución de la reclamación:

Firma (Presidente del Comité de Reclamaciones) Fecha