



CA Behavioral Health FORMULARIO DE QUEJA

Evernorth Behavioral Health of California
Central Appeals Unit
PO Box 188064
Chattanooga, TN 37422
1.800.753.0540

*Este formulario tiene dos páginas. Escriba claramente en letra de molde.
Complete todas las secciones de este formulario.*

Deseo enviar una manifestación escrita de preocupación y/o disconformidad a Evernorth Behavioral Health of California.

Marque este casillero si este caso implica una amenaza grave e inminente para usted o la salud del paciente, lo cual incluye, a modo de ejemplo, dolor intenso, o posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función principal del cuerpo. Si es así, llame por teléfono a Servicio al Cliente de Evernorth Behavioral Health of California al 1.800.753.0540 inmediatamente para avisarles.

Lea el folleto adjunto sobre sus derechos y el procedimiento de apelación. Para darle una respuesta rápida, es importante que nos proporcione la mayor cantidad de información posible. Si tiene alguna pregunta sobre el significado de algún término de este formulario, llame a Servicio al Cliente al **1.800.753.0540**.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California está a cargo de la regulación de los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1.800.244.6224 (marque 711 [TTY] para las personas con impedimentos auditivos o del habla) o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID** y usar el proceso de queja de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar dicho proceso de queja no limita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su alcance. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne los requisitos para este tipo de revisión, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones en materia de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación, y controversias respecto del pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1.888.466.2219**) y una línea TDD (**1.877.688.9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, **www.dmhc.ca.gov**, tiene formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE (Esta información debe ser completada por el cliente)

| | |
|---|-----------------------|
| Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | N.º de ID del miembro |
| | |

Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal)

| | |
|---|---------------------------------|
| N.º de teléfono (para comunicarse durante el día) | (para comunicarse por la noche) |
| | |

Nombre de la persona que presenta la queja (si no es el miembro)

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (Esta sección debe ser completada únicamente si el paciente no es el cliente)

| | | |
|---|-------------------------|-----------------------|
| Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Relación con el miembro | N.º del Seguro Social |
| | | |

Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal)

| | |
|---|---------------------------------|
| N.º de teléfono (para comunicarse durante el día) | (para comunicarse por la noche) |
| | |

Una vez que complete el formulario, envíelo por correo a:

Evernorth Behavioral Health of California

Central Appeals Unit

PO Box 188064

Chattanooga, TN 37422

Fax: 1.877.815.4827

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE

- Queja Determinación inicial
 Apelación

Información sobre la queja del miembro

¿Cuál es el nombre, el número de teléfono y la dirección del proveedor o el centro al que se refiere esta queja?

Nombre

N.º de teléfono

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Describa brevemente los detalles específicos de su queja. Identifique sobre qué es la queja y CUÁNDO sucedieron los acontecimientos que describe allí. Si es útil, proporcione COPIAS de todos los recibos detallados, cheques (de ambos lados) y correspondencia relacionada con esta queja.

Adjunte páginas adicionales a este formulario, de ser necesario.

¿Ha enviado algún registro, correspondencia u otras quejas sobre este caso a Servicio al Cliente de Evernorth Behavioral Health o a alguien más que tenga alguna conexión con Evernorth Behavioral Health? Si es así, ¿cuándo lo envió y a quién? Incluya el número de teléfono o fax, si lo conoce, al que haya enviado esta documentación.

Contacto de Evernorth Behavioral Health

N.º de teléfono

N.º de fax

Fecha(s)

Certificación Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma del miembro/paciente

Fecha