



ANTHEM BLUE CROSS FORMULARIO DE QUEJAS PARA MIEMBROS

INSTRUCCIONES: Por favor complete este formulario y añada cualquier documentación adicional. Envíelo al departamento de quejas de miembros: P.O. Box 60007, Los Angeles, CA, 90060-0007, Attn. Priority Member Grievance. Otra opción es llamar al número telefónico gratuito que se encuentra en la tarjeta del miembro solicitar a uno de nuestros representantes que complete el formulario para usted. Se le enviará una respuesta dentro de los 5 días calendario siguientes a la recepción del forma por parte de Anthem Blue Cross.

Dentista Salud Mental Médico Farmacia

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 No. de Identificación: _____ No. de Grupo: _____
 Domicilio _____
 Número de Teléfono Del Día: () _____ Número de Teléfono Del Nocturno: () _____
Si usted no es el suscriptor, por favor llene lo siguiente:
 Su Nombre: _____ Relación con el Suscriptor: _____
 Domicilio: _____
 Número de Teléfono Del Día: () _____ Número de Teléfono Del Nocturno: () _____
 Firma: _____ Fecha: _____

Queja

Por favor explique su queja proporciona toda la información posible. Si su queja es sobre un proveedor, identifica por favor el nombre del proveedor y la fecha del servicio. Si usted no fue el paciente, por favor indica el nombre del paciente.

Nombre del Proveedor de Servicios: _____ Fecha/s del Servicio: _____
 Paciente: _____

Explicación: _____

¿Cuál es en su opinión la solución adecuada? _____

La siguiente notificación se dirige a aquellas personas cuya cobertura de salud son gobernado por el Departamento de Atención Administrada de la Salud (“Department of Managed Health Care”). Si su seguro de salud no se encuentra gobernado por el Departamento de Atención Administrada de la Salud, esta notificación no es para usted. Si desea conocer sus derechos de apelación, remítase a la Explicación de la Cobertura.

El Departamento de California para el Cuidado de la Salud es responsable de la regulación de los planes de servicios de salud. Usted debe presentar primero un reclamo ante su plan médico antes de presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. Comuníquese con su plan médico para obtener información relacionada con el proceso de reclamo de dicho departamento. Usted puede comunicarse con nuestra línea de asistencia telefónica (HMO Helpline) sin cargo al **(888) HMO-2219** o TDD **(877) 688-9891**, u obtenga asistencia en nuestro sitio web **www.hmohelp.ca.gov** bajo la sección de Comuníquese con su Plan de Atención de la Salud. Si su plan médico no resolviera su reclamo a su plena satisfacción en el plazo requerido de 30 días, usted podrá presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. El proceso de reclamo del Departamento consta de un examen de toda la información por escrito proporcionada tanto por usted como por el plan médico, incluidos los registros médicos pertinentes, si fuera necesario. Haremos todo lo posible por resolver su reclamo en un plazo de 30 días. Para ayudarnos a cumplir este plazo, es importante que usted nos proporcione toda la información necesaria y las firmas solicitadas en el Formulario de

Reclamo del Consumidor.

Derechos de Enfermedades Terminales

Si usted tiene una enfermedad terminal (una condición incurable o irrevocable que tiene una probabilidad alta de muerte en el periodo de un año o menos) y el tratamiento propuesto es negado porque el tratamiento es determinado ser experimental o investigational, usted puede tener el derecho de pedir una junta con nosotros y discutir su caso como parte del proceso de la queja. Si se siente que esto aplica a usted y usted querría solicitar una reunión, usted puede hacer así llamandonos en **1-800-365-0609** o en la línea de **TDD 1-866-333-4823** para el discurso y oyendo dañado. Este derecho está además de cualquier otras opciones de la resolución de la disputa disponibles a usted explicó como en esta nota.

Para uso exclusivo de Anthem Blue Cross: Representante de Blue Cross:	Unidad/Localidad:	Fecha:
--	-------------------	--------