



V E N T U R A C O U N T Y
H E A L T H C A R E P L A N

FORMULARIO DE QUEJAS

Nota: En caso de que necesite ayuda para completar este formulario, favor de ponerse en contacto con Servicios al Cliente al (805) 981-5050, (800) 600-8247 en un horario de las 8:30a.m. a las 4:30p.m.

Si la presente se relaciona con una enfermedad terminal, también puede solicitar una conferencia con un proveedor médico, los departamentos de servicios al cliente y revisión de utilización y o otros departamentos, según se indique.

Nombre del reclamante: _____

No. de Identificación: _____

Dirección: _____

Número telefónico durante el día (incluir el código del área): _____

Nombre de la persona que llena este formulario (si no es el reclamante e indicar su relación con el mismo):

Describa el origen de la queja/agravio, incluyendo las fechas relevantes, si se conocen (**agregue hojas adicionales, si es necesario**):

Firma: _____

Fecha: _____

Enviar por correo a: VCHCP
2220 E. Gonzales Rd., Suite #210-B
Oxnard, CA 93036

Fax: (805) 981-5051

Para los servicios de Asistencia Lingüística llame al VCHCP al (805) 981-5050. La línea TDD/TTY está disponible para las personas con deficiencias auditivas llamando al (800) 735-2929 para comunicarse en inglés o al (800) 855-3000 para comunicarse en español.

El Departamento de Atención Médica Dirigida de California es el responsable de regular los planes de servicios de salud. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, primero deberá llamar a su plan de salud al **805 981-5050** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho ni recurso legal potencial que pudiera estar disponible para usted. Si requiere ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por parte de su plan de salud o una queja que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días, usted puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. Asimismo, puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de la misma proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación a la necesidad médica de un servicio propuesto o a las decisiones de cobertura de tratamiento para los tratamientos que sean de origen experimental o de investigación, así como las disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. De igual forma, el Departamento cuenta con un número telefónico gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o del habla. La página Web del Departamento cuenta con formularios de queja (<http://www.hmohelp.ca.gov>), formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea. El reclamante cuenta con 180 días para entablar una queja/agravio respecto a la susodicha queja o agravio del incidente o acción.