



## Instrucciones para llenar el Formulario de quejas de miembros

1. Escriba el nombre del miembro.
2. Escriba la inicial del segundo nombre del miembro, si corresponde (no es necesario).
3. Escriba el apellido del miembro.
4. Escriba el número de identificación del miembro. Este número se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro.
5. Escriba el nombre del plan de salud de la red del miembro.
6. Escriba el nombre completo de la persona que llena el Formulario de quejas de miembros.
7. Escriba la fecha de hoy.
8. Escriba el número y nombre de la calle donde vive actualmente el miembro en el campo de Dirección.
  - a. Escriba el número de apartamento, si corresponde.
9. Escriba la ciudad donde vive el miembro en el campo de Ciudad.
10. Escriba el código postal del miembro en el campo de Código postal.
11. Escriba el número de teléfono donde se puede contactar al miembro sobre la queja, usando este formato: (111) 111-1111.
12. Marque **todas las casillas** que aplican a su queja en la sección “Motivo de la queja”.
  - a. Problema con un médico o su personal
  - b. Problema para obtener una referencia
  - c. Problema con un consultorio o centro
  - d. Problema para conseguir una cita
  - e. Problema para obtener un medicamento o una receta
  - f. Recibió el cobro de servicios médicos
  - g. Problema con la atención médica
  - h. Apelación (una solicitud para revisar una decisión negativa sobre beneficios de retrasar, cambiar, denegar o suspender un servicio solicitado).
  - i. Otro (escriba una descripción del problema en las líneas que se incluyen).
13. Describa el problema o inquietud del miembro en las líneas de la sección “Motivo de la queja”. Incluya nombres, fechas, detalles y toda la información que tenga sobre la queja.
14. La persona que llena el formulario debe marcar su relación con el miembro (miembro o uno mismo, padre/madre, abuelo(a), proveedor(a), representante de CalOptima Health, representante del plan de salud o representante autorizado). Si no aparece la opción correcta, escriba la relación en el espacio de “Otro”.
15. La persona que llena el formulario debe escribir su nombre y título (si aplica) con letra de molde, y después firmar y poner la fecha en el formulario.
16. Proporcione la siguiente información sobre el médico involucrado en la queja:
  - a. Nombre del médico
  - b. Fecha de la última consulta
  - c. Dirección
  - d. Ciudad
  - e. Teléfono

**Tenga en cuenta que puede adjuntar más hojas si necesita más espacio. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al 1-888-587-8088 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. Contamos con personal que habla su idioma.**