



FORMULARIO DE QUEJAS PARA MIEMBROS

Servicios para la Resolución de Quejas y Apelaciones
de CalOptima Health
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

Servicios para Miembros de CalOptima Health
1-888-587-8088 (TTY 711)

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro	Inicial	Apellido	N.º de identificación del miembro
Plan de salud	Persona que presenta la queja		Fecha
Dirección	N.º de apto.	Ciudad	Código postal
Teléfono ()			

MOTIVO DE LA QUEJA

Marque lo que aplica en su caso:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Problema con el médico o su personal | ☐ Problema para obtener una cita(s) | ☐ Recibió un cobro por servicios médicos |
| ☐ Problema para obtener una referencia | ☐ Problema para obtener un medicamento o una receta | ☐ Problemas con la atención médica |
| ☐ Problema con el consultorio o instalación | ☐ Otro: _____ | ☐ Recibió una denegación |

Información adicional (si es necesario, utilice otra hoja):

¿Es el miembro quién está llenando este formulario? ☐ Sí ☐ No

Si no es el miembro, ¿es usted un representante autorizado del miembro? ☐ Sí ☐ No

Indique su relación con el miembro:

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| ☐ Esposo(a) | ☐ Padre/madre | ☐ Abuelo(a) | ☐ Familiar | ☐ Amigo(a) | ☐ Tutor | ☐ Niño(a) (+18) |
| ☐ Proveedor(a) | ☐ Representante de CalOptima Health | ☐ Representante del plan de salud | ☐ Otro | | | |

Nombre con letra de molde

Título (si aplica)

Firma de la persona que llena el formulario

Fecha

INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
Nombre del médico	Fecha de la última consulta
Dirección	
Ciudad	Teléfono ()