

Formulario de Quejas Formales para Miembros de Atención Administrada/ Grievance Form for United Healthcare Benefit Plans of California



Atención a los miembros de **Community Plan, Medicare & Retirement, UHC West, Medicare Advantage members**: no llenen este formulario./ Attention **Community Plan, Medicare & Retirement, UHC West, Medicare Advantage members**— do not complete this form.

Usted tiene derecho a presentar una queja formal sobre cualquiera de sus servicios o atención médicos. Si desea presentarla, por favor use este formulario. Existe un proceso que debe seguir para presentar una queja formal. UnitedHealthcare, por ley, debe darle una respuesta dentro de 30 días. Si tiene alguna pregunta, o prefiere presentar dicha queja formal de manera oral, no dude en llamar al Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al **1-800-260-2773 or 711 (TTY)**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m. Si considera que esperar una respuesta de UnitedHealthcare dañará su salud, llame y solicite una "Revisión Expedita"./ You have the right to file a formal grievance about any of your medical care or services. If you want to file, please use this form. There is a process you need to follow to file a grievance. UnitedHealthcare, by law, must give you an answer within 30 days. If you have any questions, or prefer to file this grievance orally, please feel free to call UnitedHealthcare Customer Service at **1-800-260-2773 or 711 (TTY)**, Monday through Friday, 7 a.m. to 9 p.m. If you think that waiting for an answer from UnitedHealthcare will hurt your health, call and ask for an "Expedited Review."

INFORMACIÓN PERSONAL ACTUAL (por favor, escriba en letra de imprenta o a máquina)/ CURRENT PERSONAL INFORMATION (please print or type)				
N.º de Identificación de Inscripción o de Miembro/Enrollment or Member ID #		Empresa para la cual trabaja o Nombre del Grupo/Employer or Group Name		
Apellido/Last Name		Nombre/First Name		Inicial del 2.º Nombre/MI Fecha de Nacimiento/ Date of Birth
Dirección/Address		N.º de Apto./Apt #	Ciudad/City	Estado/State C.P./ZIP
Teléfono Residencial/Home Telephone ()		Teléfono del Trabajo/Work Telephone ()		Extensión/Extension
Si no es el miembro quien presenta esta queja formal, por favor, proporcione la siguiente información/ If someone other than the member is filing this grievance, please provide the following information:				
Nombre/Name		Teléfono durante el día/Daytime Telephone ()		
Relación con el Miembro/Relationship to Member				
Dirección/Address		N.º de Apto./Apt #	Ciudad/City	Estado/State C.P./ZIP

Debido a las leyes de privacidad, se le pedirá que presente una autorización de representación indicando que puede presentar una queja en nombre del miembro./Due to privacy laws, you will be required to submit authorization of representation indicating you can file a complaint on behalf of the member.

DESCRIBA SU QUEJA FORMAL/DESCRIBE YOUR GRIEVANCE

Por favor, describa su queja. Incluya fechas, horas, nombres de personas y proveedores, lugares, etc. específicos implicados. Por favor, envíe copias de todo lo que nos pueda ayudar a comprender su queja formal a la dirección indicada a continuación o envíe por fax los documentos al **Medical 1-801-938-2100 standard, 1-801-994-1083 expedited, Pharmacy 1-801-994-1345 standard, 1-801-994-1058 expedited**. Please describe your complaint. Be sure to include specific dates, times, people and providers' names, places, etc. that were involved. Please send copies of anything that may help us understand your grievance to the address listed below or fax the documents to **Medical 1-801-938-2100 standard, 1-801-994-1083 expedited, Pharmacy 1-801-994-1345 standard, 1-801-994-1058 expedited**.

Si adjunta otras páginas, por favor marque este casillero./If you attach other pages, please check this box.

AVISO PARA EL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE/NOTICE TO THE MEMBER OR YOUR REPRESENTATIVE

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al **1-800-260-2773 or 711 (TTY)** y usar el proceso de quejas formales del plan antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud que no se resolvió satisfactoriamente o una queja formal que no se resolvió pasados los 30 días, usted puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para la Revisión Médica Independiente, el proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad por razones médicas de un servicio o tratamiento propuesto, a las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y a las disputas de pagos por los servicios médicos de urgencia o de emergencia. El departamento también ofrece un número telefónico

gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea **TDD (1-877-688-9891)** para personas con limitaciones auditivas y del habla. El sitio de Internet del departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea./The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-800-260-2773 or 711 (TTY)** and use your health plan's grievance process before calling the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of the medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number **(1-888-466-2219)** and a **TDD (1-877-688-9891)** for the hearing- and speech-impaired. The department's internet web site <http://www.dmhc.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

Si es Empleado Federal, tiene derechos de quejas formales a través de la Oficina de Administración de Personal (OPM, por sus siglas en inglés) en lugar de la DMHC. Por favor, consulte su folleto del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés), el cual establece que usted puede solicitar a la OPM revisar la denegación después de que le haya solicitado a UnitedHealthcare reconsiderar la denegación o el rechazo inicial. La OPM determinará si UnitedHealthcare aplicó correctamente los términos de nuestro contrato al denegar su reclamo o solicitud para el servicio. Envíe su solicitud para revisión a: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division 3, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3630./If you are a Federal Employee, you have grievance rights through the Office of Personnel Management (OPM) instead of the DMHC. Please reference your Federal Employees Health Benefits (FEHB) Program Brochure, which states that you may ask OPM to review the denial after you ask UnitedHealthcare to reconsider the initial denial or refusal. OPM will determine if UnitedHealthcare correctly applied the terms of our contract when we denied your claim or request for service. Send your request for review to: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division 3, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3630.

FIRMA/SIGNATURE

Su Firma/Your Signature

Fecha/Date

Firma del Representante/Signature of Representative

Fecha/Date

Por favor, firme y envíe por CORREO o FAX a/Please sign and MAIL or FAX to:

ATTN: Appeals and Grievances Department
P.O. Box 30573
Salt Lake City, UT 84130-0573
FAX:
Medical 1-801-938-2100 standard
1-801-994-1083 expedited
Pharmacy 1-801-994-1345 standard
1-801-994-1058 expedited