

Mi queja



Mi problema: _____

Fecha en la que sucedió el problema o fecha en la que me di cuenta: _____

Pasos que he tomado para resolver el problema: _____

Hablé con mi doctor el día: _____ Mi doctor dijo que: _____

Hablé con mi plan de salud el día: _____ Mi plan dijo que: _____

Otros pasos: _____

Envié una queja a mi plan el día: _____

Fecha de envío: _____ envío hecho por: teléfono e-mail fax correo

Mi queja era urgente.

Mi plan contestó que iba obtener una respuesta el día: _____

La respuesta que mi plan dio a mi queja fue: _____

Decidí acudir al Centro de Ayuda HMO

Si su plan no le dio una respuesta dentro del límite de tiempo o usted no está satisfecho con la respuesta, llame al Centro de Ayuda HMO al 1-888-466-2219 o visite www.dmhc.ca.gov.

Llamé al Centro de Ayuda HMO el día: _____

Llené una forma de queja o una solicitud de Evaluación Médica Independiente (IMR) en el Centro de Ayuda HMO el día: _____

El Centro de Ayuda HMO me comunicó que respondería a mi queja o a mi solicitud de IMR en la fecha: _____

Mi solicitud de IMR fue aceptada:

El Centro de Ayuda HMO me comunicó que recibiría una respuesta en la fecha: _____

La IMR fue decidida a mi favor. El Centro de Ayuda HMO me comunicó que mi plan debe de cumplir en esta fecha: _____

La IMR no se decidió a mi favor. El Centro de Ayuda HMO me comunicó que si deseo insistir con mi queja más adelante, puedo hacer lo siguiente: _____