



## Formulario de Quejas Formales o Apelaciones de Afiliados

---

En Community Health Plan of Imperial Valley, nos importan sus inquietudes. Si no está de acuerdo con una decisión, usted u otra persona pueden presentar una Apelación por un servicio denegado. Puede presentar una Queja Formal si no está conforme con la atención o el tratamiento que recibió.

Debemos tener su consentimiento por escrito si su proveedor o alguien que usted elija presenta una apelación o una queja formal en su nombre. Es posible que necesitemos su consentimiento por escrito para obtener los expedientes médicos para su Apelación o Queja Formal. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Community Health Plan Imperial Valley llamando al 1-833-236-4141 o ingresar en [www.CHPIV.org](http://www.CHPIV.org) para obtener estos formularios.

- Formulario del Representante Autorizado
- Formulario de Divulgación de Expedientes Médicos

Incluya cualquier documento o información relevante para su Apelación o Queja Formal. Puede elegir cualquiera de las siguientes maneras de enviar su Apelación o Queja Formal.

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Community Health Plan of Imperial Valley al 1-833-236-4141. Hay servicios lingüísticos a disposición si los necesita.
- 711 (TTY) para las personas con dificultades de audición y del habla
- Complete el formulario de quejas formales o apelaciones en línea en: [www.CHPIV.org](http://www.CHPIV.org)
- Complete este formulario y envíelo por correo o fax

**Correo postal:** Community Health Plan of Imperial Valley  
Attn: Member Appeals and Grievance Department  
PO Box 10287  
Van Nuys, CA 91410-0287

○

**N.º de Fax** 1-833-405-0312

Los materiales para afiliados están disponibles en otros formatos, como braille, letra grande o audio y más.



## Formulario de Quejas Formales o Apelaciones de Afiliados

### Parte 1: Información sobre el/la afiliado/a:

Nombre y apellido:	N.º de Identificación:	Fecha de Nacimiento:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección:	Ciudad:	Cód. Postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Teléfono:	Mejor horario para llamar:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Parte 2: Información sobre la Apelación o la Queja Formal

Nombre del Proveedor:	Fecha del (de los) Servicio(s)/Ocurrencia:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número(s) de Reclamo:	Número(s) de Referencia:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuéntenos su(s) inquietud(es) y la acción que desea. Incluya: Nombre del Proveedor, fecha del (de los) servicio(s), número(s) de reclamo o referencia.

Para Apelaciones: Se adjunta una copia de la Carta de Aviso de Acción.



## Formulario de Quejas Formales o Apelaciones de Afiliados

Puede solicitar una conferencia si recibió una denegación de tratamiento o suministros como experimental y tiene una enfermedad terminal.

Tengo una enfermedad terminal y deseo solicitar una conferencia.

---

### **Parte 3: Para su información**

Tiene 60 días calendario a partir de la carta de Aviso de Acción para presentar una apelación. Un Aviso de Acción es una carta formal en la que le informamos que se denegará, retrasará, cambiará o finalizará uno o más servicios. Una queja formal se puede enviar en cualquier momento.

Solicite una revisión rápida si su apelación o queja formal implican una amenaza inmediata o grave para su salud. Revisaremos su apelación o queja formal dentro de las 72 horas desde el momento de la recepción.

Recibirá una carta en cinco (5) días calendario una vez que recibamos su apelación o queja formal.

El personal de Community Health Plan of Imperial Valley que trabajará en su caso puede hablarle para obtener más información.

Comuníquese con el DMHC o el DHCS si no está conforme con la manera en que Community Health Plan of Imperial Valley resuelve sus inquietudes.

### **California Department of Managed Health Care (DMHC)**

California Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada de California) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **(1-833-236-4141; TTY:711)** y seguir el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se haya resuelto en un plazo de 30 días, puede llamar al departamento para recibir asistencia. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de



## Formulario de Quejas Formales o Apelaciones de Afiliados

investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del departamento, **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### **California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman**

También puede llamar a la Ombudsman Office del California Department of Health Care Services (por sus siglas en inglés, DHCS) para obtener ayuda. La Ombudsman Office ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal a aprovechar al máximo sus derechos y responsabilidades como afiliados a un plan de atención administrada. Para obtener más información, llame al número de teléfono gratuito **1-888-452-8609**.

#### **Parte 4: Firma**

Firma del Afiliado o Representante Autorizado

Fecha

Nombre en Letra de Molde del Afiliado o Representante Autorizado

**English:** If you, or someone you are helping, need language services, call 1-833-236-4141 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

**Arabic:** إذا كنت أنت، أو أي شخص تساعد، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-833-236-4141 (TTY: 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

**Armenian:** Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-833-236-4141 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

**Cambodian:** ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-236-4141 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់មនុស្សពិការ ដូចជា PDF ដែលអាចប្រើសម្រាប់មនុស្សពិការបាន និងឯកសារព្រីនអក្សរធំៗ ក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនមានគិតតម្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។

**Chinese:** 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-833-236-4141 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

**Farsi:** اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-833-236-4141 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद करे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-833-236-4141 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-833-236-4141 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

**Japanese:** ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-833-236-4141 (TTY: 711) にお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

**Korean:** 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-833-236-4141 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-833-236-4141 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

**Mien:** Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-833-236-4141 (TTY: 711). Jomc Caux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatc Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-833-236-4141 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian:** Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-833-236-4141 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish:** Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-833-236-4141 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

**Tagalog:** Kung ikaw o ang taong tinutulongan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-833-236-4141 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

**Thai:** หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-833-236-4141 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

**Ukrainian:** Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-833-236-4141 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-833-236-4141 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Community Health Plan of Imperial Valley cumple con las leyes estatales y federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad mental o física, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), religión, ascendencia, identidad de origen étnico, enfermedad, información genética, estado civil o género.

Community Health Plan of Imperial Valley:

- Brinda herramientas y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Brinda servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.
  - Si necesita estos servicios, llame a Community Health Plan of Imperial Valley (CHPIV) al 1-833-236-4141 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que su Community Health Plan of Imperial Valley no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), discapacidad mental o física, religión, ascendencia, identidad de origen étnico, enfermedad, información genética, estado civil o género, puede presentar una queja formal ante:

- **el coordinador 1557,**
- **PO Box 31384, Tampa, FL 33631,**
- **Llame al 855-577-8234,**
- **TTY: 711,**
- **FAX: 1-866-388-1769,**
- **[SM Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com).**

Puede presentar la queja formal personalmente, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro **coordinador 1557** está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o en línea.

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

- Por escrito: Complete el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Los formularios de quejas están disponibles en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- En línea: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal habilitado para ello, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

This notice is available at Community Health Plan of Imperial Valley website:

<https://chpiv.org/non-discrimination-policy/>