Formulario de quejas del miembro

En Alameda Alliance for Health (Alliance), su satisfacción es importante para nosotros. Si experimenta un problema con Alliance, tiene derecho a presentar una queja. A esto también se le llama presentar un reclamo.

INSTRUCCIONES

1. Escriba claramente con letra de molde o a máquina en todos los siguientes campos. Puede agregar más páginas, si es necesario.
2. Háganos llegar el formulario llenado por correo postal o en persona:
 - **Correo postal:** Alameda Alliance For Health, Attn: Member Services, PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818
 - **En persona:** 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
(Horario de recepción: martes, miércoles, y jueves, de 9 a. m. a 11 a. m. y de 2 p. m. a 4 p. m.)

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario, comuníquese a:

Departamento de Servicios al Miembro de Alliance, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Número de teléfono: **1.510.747.4567** · Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Si tiene dificultades auditivas o del habla (Servicio de Retransmisión de California [California Relay Service, CRS] o TTY): **711/1.800.735.2929**

www.alamedaalliance.org

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Apellido: _____	Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____	Id. de miembro de Alliance: _____
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Número telefónico: _____	☐ Casa ☐ Celular
<i>Si otra persona llena este formulario:</i>	
Nombre de la persona que presenta el reclamo: _____	Número de teléfono: _____
Lugar donde ocurrió el incidente: _____	Fecha de incidente: _____
Describa el problema que tuvo: _____	
¿Cómo ha tratado de resolver este problema? _____	
¿Qué considera que sea una buena solución para su problema? _____	
SECCIÓN 2: FIRMA	
Nombre completo (letra de molde): _____	
Firma: _____	Fecha: _____

El Departamento de Salud Administrada de California tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene un reclamo en contra de su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-510- 747-4567** y utilizar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de comunicarse al departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no anula ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya quedado sin resolver durante más de 30 días. Es posible que también reúna los requisitos para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si resulta elegible para una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tome un plan de salud que estén relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, con las decisiones de cobertura para tratamientos con fines experimentales o de investigación y con las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas que no puedan oír o hablar bien. El sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, solicitudes para una IMR e instrucciones en línea.

También tiene derecho a presentar un reclamo si considera que Alliance no proporcionó atención médica inclusiva para personas trans. «Atención médica inclusiva para personas trans» significa atención médica integral que esté alineada con los estándares de atención para personas que se identifican como transgénero, con diversidad de género o intersexuales (transgender, gender diverse or intersex, TGI), que respete la autonomía corporal personal, no haga suposiciones sobre el género de una persona, acepte la fluidez de género y las presentaciones de género no tradicionales, y trate a todas las personas con compasión, comprensión y respeto.