



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)

## Formulario de queja por escrito (Parte C y D)

Este formulario se utiliza para la presentación de una queja formal (reclamo) acerca de cualquier aspecto de la atención o servicio que se le proporcionó. Las quejas deben presentarse dentro de un período de 60 días posteriores al incidente que provocó la queja. Imperial Health Plan está obligada por ley a responder a sus quejas. Existe un procedimiento detallado para resolver estas situaciones.

Complete, a continuación, la información del/de la miembro que presenta la queja:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Número de identificación del/de la miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escriba a continuación el motivo de su queja. Proporcione fecha(s), hora(s), persona(s), servicio(s), etc. involucrados. Por favor, adjunte copias de cualquier información adicional que pueda ser útil para su queja (es decir, notificaciones recibidas, registros médicos, estados de cuenta de facturación, etc.) Utilice otra hoja de papel si fuese necesario.

Firma del/de la miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la queja la presentó una persona que no es el/la miembro, por favor, llene y firme el **Formulario de Nombramiento de un Representante (Appointment of Representative, AOR)** que se encuentra disponible en el sitio web de Imperial Health Plan en [www.Imperialhealthplan.com](http://www.Imperialhealthplan.com) y envíelo junto con este formulario. La información adicional sobre el proceso de AOR se puede encontrar en la página siguiente.

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CÓMO ENVIAR SU QUEJA

Usted puede presentar una queja por medio de:

- **Fax:** enviar una queja por escrito o un Formulario lleno de Solicitud de Queja de Imperial Health Plan por fax al **1-626-380-9049**.

- **Correo electrónico:** a [appealsgrievances@imperialhealthplan.com](mailto:appealsgrievances@imperialhealthplan.com) junto con el Formulario lleno de Solicitud de Queja de Imperial Health Plan.
- **Envío de una carta dirigida a nosotros.** Enviar su solicitud por escrito por correo a:

Imperial Health Plan  
 Attn.: Appeals & Grievances  
 PO Box 60874  
 Pasadena, CA 91116

- **Llamada al Departamento de Membresía:** llamar al 1-800-838-8271. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de \*6:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de \*6:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre. \*El Departamento de Membresía de California abre a las 8:00 a.m., hora del Pacífico.

### **Plazos para el procesamiento de quejas:**

Imperial Health Plan debe notificarle nuestra decisión sobre su queja tan rápido como lo requiera su caso con base en su estado de salud, pero dentro de un período de 30 días luego de la recepción de su queja. En ciertas circunstancias limitadas, usted puede presentar una queja acelerada. El procesamiento de quejas aceleradas se completará dentro de un período de 24 horas.

Podemos ampliar el plazo de procesamiento por hasta 14 días calendario solo si usted solicita la ampliación del plazo o si nosotros justificamos una necesidad de información adicional y documentamos por qué el retraso en el procesamiento le beneficia. Si ampliamos el plazo, le notificaremos por escrito las razones del retraso y le brindaremos información acerca del derecho a presentar una queja acelerada si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de otorgar una ampliación del plazo.

### **Información adicional sobre el proceso de AOR:**

Un(a) miembro puede hacer que cualquier persona (tal como un pariente, amigo(a), defensor o abogado) actúe como su representante. Para que cualquier persona actúe en su nombre, tanto el/la miembro como el/la representante deben firmar, fechar y llenar un formulario de representante o una notificación equivalente por escrito. Una “notificación equivalente por escrito” es aquella que:

- Incluye el nombre, dirección y número de teléfono de la persona inscrita.
- Incluye el Identificador de Beneficiario de Medicare (Medicare Beneficiary Identifier, MBI) o número de identificación del plan de la persona inscrita.
- Incluye el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que está siendo nombrada.
- Incluye una explicación por escrito del propósito y alcance de la representación.
- Contiene una declaración que indica que la persona inscrita está autorizando al/a la representante a actuar en su nombre para el/los reclamo(s) en cuestión, y una declaración que autoriza la divulgación de información de identificación personal al representante.
- Está firmada y fechada por la persona inscrita que hace el nombramiento; y
- Está firmada y fechada por la persona que está siendo nombrada como representante y va acompañada de una declaración en la que dicha persona acepta el nombramiento.

El formulario de representante puede encontrarse en nuestro sitio web en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com). Si necesita ayuda para llenar estos formularios, usted puede comunicarse con el Departamento de Membresía de Imperial Health Plan al 1-800-838-8271. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de \*6:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de \*6:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 10:00 a.m. a 2:00 p.m., hora del

Pacífico, desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre. \*El Departamento de Membresía de California abre a las 8:00 a.m., hora del Pacífico.

Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP) se dedica a garantizar que sus miembros tengan una comprensión completa de sus derechos de Medicare, protecciones y responsabilidades como un(a) miembro de Imperial Health Plan. **Si tiene preguntas adicionales, por favor, comuníquese con el Departamento de Membresía de Imperial Health Plan al número de teléfono mencionado anteriormente.**

*Imperial Health Plan es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato.*

*Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.*

*ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*

*Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.*

*ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).*