

Formulario de quejas formales para miembros

**Este formulario tiene dos lados.
Por favor, escriba en forma clara y en letra de molde.
Complete todas las secciones de este formulario.**

CIGNA HealthCare of California, Inc.

ENVÍELO POR CORREO A: National Appeals Unit
P.O. Box 5225
Scranton, PA 18505-5225
Servicios a los miembros:
1.800.244.6224 Número de teléfono gratuito
1.800.321.9545 (TTY)



O POR FAX AL: 1.866.254.9406 Número de teléfono gratuito

Estoy presentando una queja formal a CIGNA HealthCare of California, Inc. ("CIGNA HealthCare").
**EN CASO DE UNA EMERGENCIA, POR FAVOR, LLAME AL 911 O DIRÍJASE
DIRECTAMENTE A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA.**

Marque este casillero si este caso involucra una amenaza inminente y seria a usted o la salud del paciente, que incluye pero no se limita a un dolor grave, a la potencial pérdida de la vida, las extremidades o funciones principales del cuerpo. Si es así, por favor comuníquese telefónicamente con el Departamento de servicios a los miembros de CIGNA al 1-800-244-6224 (1-800-321-9545 (TTY) para personas con dificultades auditivas o del habla) o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare.

Por favor, lea el folleto que se adjunta sobre su derecho a presentar quejas formales a CIGNA HealthCare. Para brindarle un servicio rápido, es importante que provea la mayor cantidad de información posible. Si tiene alguna pregunta sobre el significado de algo que aparece en este formulario, por favor, llame a Servicios a los miembros al 1-800-244-6224 o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de CIGNA Healthcare.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja formal relacionada con su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-244-6224 o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de CIGNA (1-800-321-9545 (TTY) para personas con dificultades auditivas o del habla)**, y utilizar el proceso de presentación de quejas del plan antes de ponerse en contacto con el Departamento. La utilización del proceso de quejas formales no prohíbe el posible ejercicio de cualquier derecho legal o remedio que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal en referencia a una emergencia; una queja que su plan de salud no ha resuelto a su satisfacción o una queja que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También puede cumplir con los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si cumple con los requisitos para la IMR, el proceso de IMR brindará 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 índole experimental o de investigación, y las disputas de pagos por los servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también posee un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TTD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio Web en Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (Complete la información del miembro)			
Nombre completo (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Número de identificación del miembro
Dirección postal (Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número de teléfono diurno ()	Número de teléfono durante la noche ()		
Nombre de la persona que presenta la queja formal (si no es el miembro)			
INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Complete sólo si el paciente no es el miembro)			
Nombre completo (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)	Parentesco con el miembro	Número de identificación del miembro	
Dirección postal (Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número de teléfono diurno ()	Número de teléfono durante la noche ()		

INFORMACIÓN DE LA QUEJA FORMAL DEL MIEMBRO

Establezca el nombre, el número de teléfono y la dirección del médico o grupo médico sobre los cuales se presenta esta queja formal.

Nombre del médico o grupo médico

Número de teléfono

()

Dirección (Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

Brevemente explique los detalles específicos de su queja formal. Identifique cuál es la queja formal y CUÁNDO sucedieron los eventos que usted describe. Si es de ayuda, por favor, provea COPIAS de todas las boletas detalladas, cheques (ambos lados) y la correspondencia relacionada con esta queja formal.

Si esta queja implica la denegación de un tratamiento, servicios o insumos que se consideren experimentales para una enfermedad terminal y a usted le gustaría solicitar una reunión como parte del sistema de queja formal, por favor, infórmelo debajo.

Adjunte páginas adicionales a este formulario si es necesario.

¿Ha enviado algún registro, correspondencia u otras preocupaciones sobre este caso al Departamento de servicios a los miembros de CIGNA HealthCare u a otra persona relacionada con CIGNA HealthCare? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, enumere abajo cuándo y a quién se lo envió. Por favor, incluya su número de teléfono y de fax si lo sabe.

Contacto en CIGNA HealthCare

Número de teléfono o fax

()

Fecha(s)

CERTIFICACIÓN

Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma del miembro/paciente

Fecha

CUANDO ESTÉ COMPLETO, ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO A: CIGNA HealthCare of California, Inc.
National Appeals Unit
P.O. Box 5225
Scranton, PA 18505-5225

O ENVÍELO POR FAX AL: 866-254-9406 Número de teléfono gratuito

FOR INTERNAL USE ONLY:

Initial Determination Complaint Appeal