

INFORME DE INSATISFACCIÓN

Es necesario que envíe una carta o un Informe de Insatisfacción de United Concordia, debidamente llenado, al Departamento de Servicio al Cliente en: P.O. Box 10194, Van Nuys, CA 91410-0194

Nombre del Afiliado: _____ Número del Grupo: _____

Número de Seguro Social: _____ Tipo de Plan: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del dentista: _____

Número de identificación del Consultorio Dental: _____

El informe se relaciona con: _____

Suscriptor Dependiente Nombre del Dependiente: _____

(encierre una opción con un círculo)

Motivo de la insatisfacción (PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN COMPLETA; DE SER NECESARIO, ESCRIBA AL REVERSO):

Recomendación (ACCIÓN QUE EL AFILIADO SOLICITA):

“El Departamento de Administración de Cuidado de Salud (DMHC) de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene alguna queja contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al 1-800-357-3304 y usar el procedimiento de presentación de quejas del plan antes de contactar al departamento. El uso del procedimiento de queja no cancela ninguno de los posibles derechos legales o recursos legales que pudieran estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja que incluye una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por el plan de salud, o una queja que ha permanecido sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al departamento por asistencia. Usted también puede tener derecho a una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted tiene derecho a una IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por un plan de salud relacionado a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con impedimentos del habla o auditivos. El sitio Web del departamento, <http://www.hmoHELP.ca.gov>, cuenta con formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea”.

Firma: _____ Fecha: _____