

FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES PARA MIEMBROS

CalOptima
Grievance and Appeals
Resolution Services
505 City Parkway West
Orange, CA 92868



Medi-Cal
CalOptima
Better. Together.

Para preguntas, llame al
Departamento de Servicios
para Miembros de CalOptima
1-888-587-8088

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro	Inicial	Apellido	Número de identificación	
Plan de salud	Persona que presenta la queja o apelación		Fecha	
Dirección	Número de departamento	Ciudad	Código postal	Teléfono []

NATURALEZA DE SU QUEJA O APELACIÓN

Por favor marque la casilla que aplica:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problema con el doctor o su personal | <input type="checkbox"/> Problema para obtener una cita | <input type="checkbox"/> Recibió un cobro para servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> Problema para obtener una referencia | <input type="checkbox"/> Problema para obtener su medicamento o receta | <input type="checkbox"/> Problema con la atención médica |
| <input type="checkbox"/> Problema con la oficina o instalación | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Apelación |

La persona que llene el formulario debe marcar su relación con el miembro:

Use una hoja adicional si es necesario

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Miembro | <input type="checkbox"/> Madre/Padre | <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela | <input type="checkbox"/> Representante autorizado | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Proveedor | <input type="checkbox"/> CalOptima | <input type="checkbox"/> Plan de salud | | |

X _____
Nombre escrito

X _____
Título (Si aplica)

X _____
Firma de la persona que llenó este formulario

X _____
Fecha

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

Nombre del doctor	Fecha de la última consulta
Dirección	
Ciudad	Teléfono []