

# Formulario de queja formal para miembros (Member Grievance Form)



FORMULARIO DE QUEJA FORMAL, MIEMBROS SIN MEDICARE  
(GRIEVANCE FORM, NON-MEDICARE)

## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
 Member Relations Grievance Operations  
 P.O. Box 939001  
 San Diego CA 92193

### **Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
 Department of Health Care Services  
 Office of Civil Rights  
 P.O. Box 997413, MS 0009  
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)** (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

### **Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** (en inglés).

# Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغة أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل. کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្ងៃដល់អ្នកឡើយ  
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។  
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបក  
ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។  
អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនង  
សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។  
គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000**  
បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍  
(បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원  
서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는  
통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체  
형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희  
시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수  
있습니다. 요일 및 시간에 관계없이  
**1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오. (공휴일휴무).  
TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮັ່ງ  
ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ  
ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ  
ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ.  
ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ  
ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໂທ  
ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7  
ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ  
**711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan  
waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih,  
yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc  
norm liv baaiz mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov  
heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun  
muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx  
meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc  
sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc  
benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic  
nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn  
zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo  
yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc  
maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc  
maaiah 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc).  
TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágoó saad bee ata' hane' bee  
áká e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó  
tí'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. Ata' hane' yidííkił,  
naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi  
doodago hane' bee didíits'ííligíí yidííkił. Hane' bee  
bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didíits'ííligíí  
bína'idííkiłgo yidííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**,  
t'áá álahjí', jíigo dóó tí'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é.  
(Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal).  
TTY chodayool'ínigíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ  
7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ  
ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ  
ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ  
ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ  
ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।  
ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ  
ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY  
ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами  
перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете  
воспользоваться помощью устного переводчика,  
запросить перевод материалов на свой язык или  
запросить их в одном из альтернативных форматов.  
Мы также можем помочь вам с вспомогательными  
средствами и альтернативными форматами. Просто  
позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который  
доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме  
праздничных дней). Пользователи линии TTY могут  
звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma  
sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la  
semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete,  
que los materiales se traduzcan a su idioma o en  
formatos alternativos. También puede solicitar recursos  
para discapacidades en nuestros centros de atención.  
Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a  
la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de  
TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala  
kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat  
linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng  
tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong  
wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring  
humiling ng mga karagdagang tulong at device sa  
aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa  
**1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat  
linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga  
gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถ ขอใช้บริการล่าม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
зкладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.

## Preguntas, inquietudes, solicitudes de servicio o disconformidad con la atención o el servicio

En Kaiser Permanente, el objetivo es brindar la mayor satisfacción posible a los miembros. Todos los médicos, empleados y voluntarios son responsables de crear una experiencia de atención excepcional para todos los miembros, siempre. Esto incluye responder a las inquietudes o disconformidades que usted pueda tener. Nuestra principal prioridad es resolver las inquietudes o disconformidades que tenga, donde sea que reciba atención.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, o si está disconforme con la atención o el servicio que recibió, pida hablar con el administrador del departamento. Si prefiere solicitar un servicio, expresar un problema o una queja, o presentar un reclamo de beneficios, puede presentarlo ante el plan de salud usando el formulario que se le brinda aquí.

### Cómo presentar una queja formal

Tiene derecho a presentar una queja formal por cualquier problema. La queja formal debe incluir toda la información necesaria, por ejemplo, los motivos por los que cree que se tomó una decisión errónea o por qué no está satisfecho con los servicios que recibió. Las quejas formales deben presentarse oralmente o por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha del incidente que provocó su disconformidad. Sin embargo, si es miembro de Medi-Cal, puede presentar la queja en cualquier momento. Puede presentar una queja formal de las siguientes maneras:

- Por correo a Kaiser Foundation Health Plan:

**Member Case Resolution Center** (para quejas formales estándar no urgentes ni de emergencia)  
P.O. Box 939001  
San Diego, CA 92193-9001

o

**Expedited Review Unit (Unidad de Revisiones Aceleradas)** (para quejas formales urgentes o de emergencia cuando el período no urgente (a) pudiera poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionalidad óptima, (b) pudiera, en opinión de un médico que conozca su afección médica, conllevar un dolor intenso que no podría ser atendido adecuadamente sin los servicios que son el objeto de la queja formal o (c) que un proveedor nos haya informado que el asunto es urgente).

P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

- A un representante del Servicio a los Miembros en su Departamento de Servicio a los Miembros local
- De manera oral, a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los siete días de la semana, excepto los días festivos

Inglés: **1-800-464-4000**

Español: **1-800-788-0616**

Dialectos chinos: **1-800-757-7585**

TTY: **711**

- En línea, a través de nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol)

### Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (para miembros de Medi-Cal)

También puede llamar a la Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California. Allí pueden ofrecerle ayuda y decirle más sobre sus derechos y responsabilidades. Llámelos al **1-888-452-8609**.



**FORMULARIO PARA QUEJAS O RECLAMOS/SOLICITUD DE BENEFICIOS –  
Miembros sin Medicare**

California

Nombre del miembro o paciente	Número de historia clínica
-------------------------------	----------------------------

Dirección	Calle	Ciudad	Código postal
-----------	-------	--------	---------------

Número de teléfono de contacto durante el día	Número de teléfono alternativo	Fecha de nacimiento
---	--------------------------------	---------------------

Nombre de la persona que presenta el formulario: (Si es diferente de la mencionada arriba, se le enviará por correo un formulario de designación de representante autorizado al miembro para que lo complete):	Relación	Número de teléfono de contacto durante el día
---	----------	---

Departamento/ubicación e instalación médica donde ocurrió el problema:	Fecha en que ocurrió el problema
--	----------------------------------

Describa la naturaleza del problema (adjunte hojas adicionales, de ser necesario):

---



---

Explique cómo trató de resolver el problema.

---



---

¿Cuál consideraría que es una solución apropiada para este problema?

---



---

Firma (Signature)	Fecha (Date)
-------------------	--------------

<i>For Program Representative Use Only</i>		
Name of Program Representative	Facility	Date Received

## Proceso de quejas del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California\*

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a Kaiser Foundation Health Plan al **1-800-464-4000** y usar el proceso de queja formal de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Este proceso de queja formal no anula ningún derecho potencial que tenga ni ningún recurso legal del que pueda disponer. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). De ser así, durante el proceso de la IMR se hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto; las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación; y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhca.gov** (en inglés), encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

\* No disponible para miembros de Medi-Cal en Cal-Optima, Gold Coast Health Plan y Partnership HealthPlan of California

---

Si tiene un problema que representa una amenaza grave o inminente para su salud (como dolor intenso, posible fallecimiento o pérdida potencial de una extremidad o función del organismo importante), puede comunicarse directamente con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California en cualquier momento, sin necesidad de presentarnos antes una queja formal.

Envíe este formulario a las casillas de correo postal que figuran en la página 8 para su procesamiento. Si lo prefiere, puede presentar una queja formal en línea en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol), en persona en la oficina local de Servicio a los Miembros o por teléfono llamando al **1-800-464-4000**.



