

Formulario de Queja Formal para UnitedHealthcare Benefits Plan of CA/Grievance Form for UnitedHealthcare Benefits Plan of CA

Atención: Los miembros de Medicare Advantage no deben llenar este formulario./Attention Medicare Advantage members – do not complete this form.

Usted tiene el derecho de presentar una queja formal acerca de cualquiera de sus servicios o atención médica. Puede usar este formulario para presentar una queja formal dentro de los 180 días calendario posteriores a cualquier incidente o resolución que sea objeto de su insatisfacción a través de nuestro Departamento de Apelaciones y Quejas Formales. Usted puede presentar una queja formal por no habersele prestado atención transinclusiva. UnitedHealthcare dará acuse de recibo dentro de los 5 días calendario y proporcionará una respuesta dentro de los 30 días calendario para una revisión estándar. Si su problema es urgente, UnitedHealthcare debe comunicarle una decisión en un plazo de 3 días calendario. Su problema es urgente si existe una amenaza grave para su salud que se debe resolver rápidamente. Usted también puede presentar una queja formal por correo postal, fax o a través del formulario de queja formal en línea en benefits.surest.com, o enviar este formulario por correo a la dirección a continuación. Si tiene preguntas o prefiere presentar esta queja formal verbalmente, no dude en llamar al Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al 1-866-683-6440 o al TTY 711, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico./You have the right to file a formal grievance about any of your medical care or services. You may use this form to submit a grievance within 180 calendar days following any incident or action that is the subject of your dissatisfaction through our Appeals and Grievances Department. You may submit a grievance for failure to provide trans-inclusive care. UnitedHealthcare will acknowledge receipt within 5 calendar days and provide an answer within 30 calendar days for a standard review. If your problem is urgent, UnitedHealthcare must give you a decision within 3 calendar days. Your problem is urgent if there is a serious threat to your health that must be resolved quickly. You may also file a grievance by mail, fax or by submitting using the online grievance form at benefits.surest.com or by mailing this form to the address below. If you have any questions, or prefer to file this grievance orally, please feel free to call UnitedHealthcare Customer Service at 1-866-683-6440 or TTY 711, Monday through Friday, 7 a.m. to 8 p.m. PST.

☐ Si se trata de una solicitud urgente, marque esta casilla./If this is an urgent request, please check this box

N.º de Inscripción o de Identificación del Miembro/Enrollment or Member ID #				Nombre del Empleador o Grupo/Employer or Group Name			
Apellido/Last Name		Nombre/First Name			Inicial 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento/Date of Birth	
Dirección/Address		N.º de Depto./Apt #	Ciudad/City		Estado/State	Código Postal/ZIP	
Teléfono Residencial/Home Telephone ()			Teléfono Laboral/Work Telephone ()			Extensión/Extension	
Si otra persona que no es el miembro presenta esta queja formal, proporcione la siguiente información:/If someone other than the member is filing this grievance, please provide the following information:							
Nombre/Name			Teléfono durante el Día/Daytime Telephone ()				
Relación con el Miembro/Relationship to Member							
Dirección/Address		N.º de Depto./Apt #	Ciudad/City		Estado/State	Código Postal/ZIP	

Debido a las leyes de privacidad, usted deberá presentar la autorización de representación que indique que usted puede presentar una queja en nombre del miembro./Due to privacy laws, you will be required to submit authorization of representation indicating you can file a complaint on behalf of the member.

DESCRIBA SU QUEJA FORMAL/DESCRIBE YOUR GRIEVANCE

Describa su queja. Asegúrese de incluir las fechas específicas, los horarios, los nombres de las personas y los proveedores, los lugares, etc. que estuvieron involucrados. Envíe copias de todo aquello que pueda ayudarnos a comprender su queja formal a la dirección que figura a continuación o envíe los documentos por fax al 1-801-938-2100 (estándar) o si es un asunto urgente, al 1-801-994-1083 para servicios médicos, y al 801-994-1345 (estándar) para farmacia, o al 801-994-1058 si es un asunto urgente para farmacia./Please describe your complaint. Be sure to include specific dates, times, people's and providers' names, places, etc. that were involved. Please send copies of anything that may help us understand your grievance to the address listed below or fax the documents to 1-801-938-2100 standard or if expedited 1-801-994-1083 for medical, and 801-994-1345 pharmacy standard or 801-994-1058 pharmacy expedited.

☐ Si adjunta otras hojas, marque esta casilla./If you attach other pages, please check this box.

Aviso para el Miembro o Su Representante/Notice to the Member or Your Representative

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrado (Department of Managed Health Care, DMHC) de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-624-8822** o al TTY **711** y usar el proceso de queja formal del plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de queja formal no prohíbe ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal que involucra una emergencia, una queja formal que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja formal que ha permanecido sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener asistencia. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para la Revisión Médica Independiente, este proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad por razones médicas de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, y de las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con limitaciones auditivas y del habla. El sitio de Internet del Departamento, **www.dmhca.gov**, ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea./The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-800-624-8822** or TTY **711** and use your health plan's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of the medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for hearing and speech impaired. The department's internet website **www.dmhca.gov** has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

Si usted es un Empleado Federal, tiene derechos a presentar una queja formal por medio de la Oficina de Administración del Personal (Office of Personnel Management, OPM) en lugar del Departamento de Cuidado de la Salud Administrado. Consulte su folleto del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits, FEHB), que establece que usted puede solicitar que la Oficina de Administración del Personal revise la denegación después de que usted le solicita a UnitedHealthcare que reconsidere la denegación o rechazo inicial. La Oficina de Administración del Personal determinará si UnitedHealthcare aplicó correctamente las condiciones de nuestro contrato cuando denegamos su reclamo o solicitud para el servicio. Envíe su solicitud para revisión a: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division 3, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3630./ If you are a Federal Employee, you have grievance rights through the Office of Personnel Management (OPM) instead of the DMHC. Please reference your Federal Employees Health Benefits (FEHB) Program brochure, which states that you may ask OPM to review the denial after you ask UnitedHealthcare to reconsider the initial denial or refusal. OPM will determine if UnitedHealthcare correctly applied the terms of our contract when we denied your claim or request for service. Send your request for review to: Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division 3, 1900 E Street NW, Washington, DC 20415-3630.

FIRMA/SIGNATURE	
Su Firma/Your Signature	Fecha/Date
Firma del Representante/Signature of Representative	Fecha/Date

Firme y envíe por CORREO o FAX a:/Please sign and MAIL or FAX to:

ATTN: Appeals and Grievances Department
P.O. Box 31270 Salt Lake City, UT 84131

FAX:

Asuntos Médicos/Medical 1-801-938-2100 estándar/standard
1-801-994-1083 urgente/expedited

Farmacia/Pharmacy 1-801-994-1345 estándar/standard
1-801-994-1058 urgente/expedited