



Este formulario es opcional. Santa Clara Family Health Plan puede ayudarle a completar este formulario o usted puede presentar una queja o apelación verbalmente, llamándonos al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o 711. O alguien se comunicará con usted por teléfono tan pronto como recibamos este formulario. Lo asistiremos de cualquier manera que podamos y responderemos a cualquier pregunta que tenga. Lo podemos ayudar en cualquier idioma.

Nombre del miembro: _____

Identificación de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono laboral/celular: _____

Nombre de la persona que completa la inscripción (si no es la persona que se menciona arriba):

Relación: _____ Teléfono: _____

Fecha del problema: _____

Describe el problema detalladamente:

¿Lo que le gustaría que alguien hiciera acerca de su problema?

¿Necesitará asistencia en el idioma?
 Sí No ¿Cual idioma prefiere?: _____

¿Tiene un problema que requiere atención médica en las próximas 72 horas o padece dolor intenso?
 Sí No

Firma*: _____ Fecha: _____

* Si lo firma una persona que no es el miembro, es necesario presentar un formulario de Designación de representante (Appointment of Representative, AOR).

SCFHP USE ONLY

Grievance Appeal SCFHP RECEIPT DATE: _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Received by: _____ Date: _____

Referred to: _____ Date: _____

Expedited Review Required: Yes No

Decision must be made and communicated to member by: _____

Information/Resolution:

AOR Form Received: Yes No

Dated: _____

Member or Authorized Representative Notified: Yes No

Notified by: _____ Date: _____

Special assistance provided (language, transportation):

Review completed by:

Name: _____ Date: _____

El Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada) requiere que Santa Clara Family Health Plan le informe lo siguiente:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, debe comunicarse primero por teléfono con su plan de salud al **1-877-723-4795** y utilizar el proceso de queja de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no anula ningún posible derecho o recurso legal que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria, o una queja que aún no haya sido resuelta después de transcurrido el plazo de 30 días, puede ponerse en contacto con el departamento para solicitar ayuda. También puede reunir los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud respecto de la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o cuya naturaleza sea de investigación y disputas de pagos para servicios de emergencia o de urgencia. El Departamento también cuenta con un número gratuito (**1-888-HMO-2219**), y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del departamento, (<http://www.hmohelp.ca.gov>), cuenta con formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Como beneficiario de Medi-Cal, usted puede solicitar una audiencia estatal. Si decide solicitar una audiencia, debe hacerlo dentro de los 120 días calendario posteriores al envío de su aviso. Comuníquese con Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) para obtener los formularios que necesita. También están disponibles a través del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara. Está a su disposición la información acerca del proceso de audiencia estatal:

- Teléfono: **1-800-952-5253**
TTY/TDD: **1-800-952-8349**
- Escriba a: California Department of Social Services
State Hearings Division
PO Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con los problemas. A continuación encontrará dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Teléfono: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas del día, 7 días a la semana.
TTY/TDD: **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- Sitio web: **www.medicare.gov**

Puede obtener ayuda de la Organización de Mejora de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de atención a las personas con Medicare.

Comuníquese con Livanta si tiene algún problema con la calidad de la atención que recibió, si considera que su estadía en el hospital termina demasiado pronto o si considera que su atención médica en el hogar, la atención en el centro de enfermería especializada o los servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminan demasiado pronto.

- Teléfono: **1-877-588-1123**, disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY/TDD: **1-855-877-6668**, este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de telefonía especial para llamar.
- Fax: Apelaciones: **1-855-694-2929**
Todas las demás revisiones: **1-844-420-6672**
- Escriba a: Livanta, LLC.
BFCC-QIO Area 5
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701-1105
- Sitio web: **www.bfccqioarea5.com**

Santa Clara Family Health Plan del plan Cal MediConnect (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que contrata Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los inscritos.



La discriminación es en contra de la ley

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCFHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SCFHP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, puede comunicarse con Servicio al cliente llamando al 1-877-723-4795, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.

Si considera que SCFHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Attn: Appeals and Grievances Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
Teléfono: 1-877-723-4795
TTY/TDD: 1-800-735-2929 o 711
Fax: 1-408-874-1962
Correo electrónico: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un representante de Servicio al cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY/TDD users should call 1-800-735-2929 or 711. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD gọi đến số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

中文 (Chinese): 注意：如果您说中文，将为您提供免费的语言服务。请致电 1-877-723-4795 联系客户服务部，工作时间是周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00。TTY/TDD 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。这是免费电话。

Tagalog – Filipino (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga TTY/TDD user sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang tawag.

한국어 (Korean): 주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-877-723-4795 번으로 고객 서비스 부서에 전화해 주십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-735-2929 번 또는 711 번으로 전화해 주시면 됩니다.통화료는 무료입니다.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրութեամբ հարկ է խոստում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ձանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 1-877-723-4795 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: TTY/TDD օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2929 կամ 711: Ձանգն անվճար է:

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните в службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Лица, пользующиеся телетайпом / телекоммуникационными устройствами для глухих (TTY/TDD), могут связаться по номерам 1-800-735-2929 или 711. Звонки бесплатные.

فارسی (Persian, Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس های دستیار زبان به صورت رایگان در دسترس هستند. از طریق شماره 1-877-723-4795 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با سرویس مشتری تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD می توانند از طریق شماره 1-800-735-2929 یا 711 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

日本語 (Japanese): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語サービスをご利用いただけます。月曜日から金曜日、午前 8 時～午後 8 時に対応のカスタマーサービス(1-877-723-4795)までご連絡ください。TTY/TDD ご利用の方は、1-800-735-2929 または 711 に電話してください。通話料金は無料です。

Hmoob (Hmong): LUS CEEV:Yog koj hais lus Hmoob, pab muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu Rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm 1-877-723-4795, hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj rau cov neeg TTY/TDD hu rau 1-800-735-2929 lossis 711. Yog tus xov tooj hu dawb.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੇ, 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY/TDD ਵਰਤਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

العربية(Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795، من الإثنين إلى الجمعة، 8 ص إلى 8 م. مستخدمى الهاتف النصي/جهاز الاتصال لضعاف السمع يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2929 أو 711. اتصل مجانًا.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। आप सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात के 8 बजे तक ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 पर कॉल कर सकते हैं। TTY/TDD उपयोगकर्ताओं को 1-800-735-2929 या 711 पर कॉल करना चाहिए। कॉल निःशुल्क है।

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่ 1-877-723-4795 ได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ผู้ใช้ TTY/TDD สามารถโทรติดต่อได้ที่ 1-800-735-2929 หรือ 711 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian): ប្រមូលកិច្ចទុកដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាផ្នែកទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខ 1 877 723 4795 អាចរកបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែទូរស័ព្ទមកលេខ 1 800 735 2929 ឬ 711 ។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ພາສາລາວ (Lao): ເຊັນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງ ແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY/TDD ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.