

## FORMULARIO DE QUEJAS

### California

Complete este formulario y devuélvalo a SafeGuard a la dirección que se indica abajo para posibilitar una oportuna resolución de su queja. SafeGuard le enviará una carta de acuso de recibo dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de este formulario. SafeGuard revisará su queja y le enviará una notificación por escrito de la determinación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de este formulario. Si no está satisfecho con la resolución de su queja por parte de SafeGuard, puede comunicarse con el Departamento de Asistencia Sanitaria Administrada de California según se establece a continuación. Una copia de este formulario puede ser enviada al proveedor del cuidado de la vista o dental que proporcionó el tratamiento.

### SECCIÓN 1: Información del miembro

|                                           |  |                                            |             |
|-------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------|
| Nombre del Miembro                        |  | Número de Identificación de la Familia     |             |
| Dirección Particular del Miembro          |  |                                            |             |
| Ciudad                                    |  | Estado                                     | Cód. Postal |
| Número Telefónico Particular del Miembro  |  | Número Telefónico del Trabajo              |             |
| Nombre del Paciente                       |  | Relación con el Miembro                    |             |
| Número Telefónico Particular del Paciente |  | Número Telefónico del Trabajo del Paciente |             |

### SECCIÓN 2: Información del empleador

|                                          |                               |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del Empleador                     | Número de Grupo del Empleador |
| Nombre del establecimiento dental/visión | Ciudad                        |

### SECCIÓN 3: Autorización

Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente al 800.880.1800. También puede consultar su Evidencia de Cobertura para obtener una descripción detallada del proceso de quejas.

**Autorizo la revelación y divulgación de la totalidad y cualquiera de mis registros dentales/de la vista al Departamento de Administración de Calidad de SafeGuard Health Plans, Inc.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Declare su queja en el reverso de este documento o adjunte un formulario por separado, y envíelo completado por correo a:

Quality Management Department  
P.O. Box 3532  
Laguna Hills, CA 92654-3532



El Departamento de Asistencia Sanitaria Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es el responsable de regular los planes de servicios de asistencia sanitaria. Si usted tiene una queja sobre su plan de salud, primero debería comunicarse telefónicamente con su plan de salud al **1-800-880-1800** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho legal o recurso potenciales que pueda tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja vinculada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que ha permanecido sin resolución durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. Es posible que también sea elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación, conflictos por pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición o de habla. El sitio web en Internet del Departamento es [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) y allí encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **AYUDA CON EL IDIOMA (LANGUAGE ASSISTANCE)**

As a SafeGuard member you have a right to free language assistance services, including interpretation and translation services. SafeGuard collects and maintains your language preferences, race, and ethnicity so that we can communicate more effectively with our members. If you require language assistance or would like to inform SafeGuard of your preferred language, please contact SafeGuard at **(800) 880-1800**.

Como miembro de SafeGuard usted tiene derecho a recibir servicios gratuitos de asistencia en idiomas. Esto incluye servicios de interpretación y traducción. SafeGuard recaba la información sobre sus preferencias de idioma, raza, y etnia de manera que nos podamos comunicar eficazmente con nuestros afiliados. Si necesita asistencia en su idioma o quiere informarle a SafeGuard sobre su idioma de preferencia, comuníquese con SafeGuard al **(800) 880-1800**.

作為**SafeGuard**的會員，您有權獲得免費語言服務，包括口譯和筆譯。**SafeGuard**收集並保存有關您的語言選擇、人種和族裔方面的資料，以便我們更有效地與會員溝通。如果您需要語言方面的協助，或希望將您選擇的語言告訴**SafeGuard**，可通過電話或網站與**SafeGuard**聯絡，電話是**(800) 880-1800**。