

Formulario de reclamación (*formulario de queja*)

Si no está satisfecho con PHC California por cualquier motivo, usted puede presentar una queja (o reclamación). Puede presentar una queja en cualquier momento. No puede ser dado de baja ni penalizado si presenta una queja. Tiene derecho a presentar una queja por cosas como:

- No recibir servicios que cree que deberían haber estado cubiertos por PHC California.
- Esperar mucho tiempo para que un profesional de salud le vea o para conseguir una cita.
- El tipo de atención o el servicio al cliente que recibió de su proveedor o personal de salud.
- El personal de PHC California o los proveedores de salud no le ofrecen atención médica inclusiva para personas trans.
- Discriminación por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual o cualquier otra base protegida por leyes federales o estatales de derechos civiles.

Si necesita ayuda con este formulario, puede llamar a Servicios para Miembros de PHC California al **(800) 263-0067**. Estamos abiertos **de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY llamen al 711**. También puede compartir su reclamación o queja por teléfono. Una reclamación y una queja significan lo mismo.

¿Es usted un miembro/paciente que presenta una queja en su nombre? *

- ☐ Sí, soy el miembro/paciente.
- ☐ No - (Por "No", complete la sección de abajo). *

¿Cuál es su relación con el miembro/paciente?

- ☐ Estoy presentando la solicitud en nombre del miembro/paciente.

¿Tiene un documento firmado que le dé permiso para presentar la solicitud en nombre del miembro/paciente?

- ☐ Sí
- ☐ No - **Por no, tiene que completar un formulario de permiso. Puede encontrarlo aquí:**
https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MCED/MC_Forms/MC382_0618.pdf

Por favor, complete ese formulario y envíelo de una de estas formas:

- 1. Email: php@positivehealthcare.org**
- 2. Fax: (888) 235-8552**
- 3. Correo: PHC California Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046**

Nombre del representante del miembro/paciente*	
<i>Complete esto si la persona que envía la queja no es el miembro.</i>	
Nombre:	Apellido:
Su número de teléfono*:	Su email*:

Tipo de plan del miembro/paciente*

☐ PHC California (Medi-Cal)

Tipo de subplan de PHC*

☐ Medi-Cal

☐ Administración Mejorada de la Atención (ECM)

Idioma preferido

☐ Inglés

☐ Español

☐ Otro: _____

(Escriba aquí el idioma en el que quiere recibir la información).

Información del miembro/paciente		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento del miembro/paciente* Mes:	Día:	Año:
ID de miembro:		
Dirección postal del miembro/paciente*:		
Número de unidad del miembro/paciente*:		
Ciudad del miembro/paciente*:		
Estado del miembro/paciente*:	Código postal del miembro/paciente*:	
Teléfono del miembro/paciente*:		
Email del miembro/paciente*:		

Si necesitamos más información, ¿se puede llamar al miembro/paciente? *

☐ Sí

☐ No

Método de contacto preferido por el miembro/paciente*

☐ Correo postal

☐ Email

☐ Ninguno de lo anterior - Se enviarán cartas al consultorio de su médico de atención primaria

¿Cuándo ocurrió esto? *(Por favor, proporcione la fecha o el periodo del incidente o problema).*

Resumen de la reclamación/queja*
(Por favor, escriba con claridad. Si necesita más espacio, puede añadir más páginas).

Resumen de la reclamación/queja*
(Por favor, escriba con claridad. Si necesita más espacio, puede añadir más páginas).

[illegible]

¿Proveedor/especialista/personal involucrado?

¿Dónde ocurrió esto? *(Nombre de la clínica/farmacia de AHF, consultorio, etc.)*

¿Quiere permanecer en el anonimato (no identificado)? *

☐ Sí

☐ No

Qué hacer cuando termine:

Cuando termine de completar este formulario, por favor envíelo junto con cualquier otro documento sobre su queja al Equipo de Reclamaciones. Puede enviarlo de una de estas formas:

1. Email: php@positivehealthcare.org

2. Fax: (888) 235-8552

3. Correo: PHC California Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, usted debería primero llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-263-0067** y usar el proceso de reclamaciones de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizar el proceso de reclamaciones no niega ningún derecho legal potencial ni remedios que podrían estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una reclamación que involucra una emergencia, una reclamación que no fue resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una reclamación que permanece sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para recibir asistencia. Usted también puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de decisiones médicas hechas por un plan de salud relacionadas con una necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación en naturaleza y disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número gratuito de teléfono (**1-888-466-2219**) y una línea de TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades para oír o hablar. El sitio web del departamento **www.dmhca.gov** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR además de instrucciones en línea.

Usted también puede contactar a la Oficina del Ombudsman del Plan de Atención Administrada de Medi-Cal al **1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.** La Oficina del Ombudsman ayuda a resolver problemas desde una posición neutral para asegurar que los miembros del plan de atención administrada de Medi-Cal reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. PHC California sigue las leyes estatales y federales de derechos civiles. PHC California no discrimina ilegalmente, ni excluye o trata a las personas de manera diferente por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

PHC California ofrece:

- Apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlas de manera oportuna a comunicarse mejor, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados en lengua de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Ofrecer Servicios gratuitos y de manera oportuna de idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a PHC California de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. llamando al 1-800-263-0067. O, si no puede oír o hablar bien, por favor llame al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California. Si lo solicita, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

PHC California
PO Box 46160
Los Angeles, CA 90046
1-800-263-0067
TTY 711

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Si usted cree que PHC California no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de cualquier otra manera por sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación

sexual, puede presentar una reclamación con Servicios para Miembros. Usted puede presentar una reclamación por teléfono, por escrito, en persona, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame entre 8:00 am y 8:00 pm, de lunes a viernes al 1-800-263-0067. O, si no puede oír o hablar bien, por favor llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escribe una carta y envíela a:

PHC California
PO Box 46160
Los Angeles, CA 90046

- En persona: Visite el consultorio de su doctor o PHC California y diga que desea presentar una reclamación.
- Electrónicamente: Visite el sitio web de PHC California en <https://www.phc-ca.org/members/complaints/grievance>.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Servicios de Atención Médica de California, Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, por favor llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas 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

Formularios de quejas están disponibles en
https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: Envíe un email a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE.UU.

Si usted cree que fue discriminado por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad

o sexo, usted también puede presentar una queja de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede oír o hablar bien, por favor llame al **TTY/TDD/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete 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**

Formularios de quejas están disponibles en
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de los Derechos Humanos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-263-0067 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-263-0067 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-263-0067 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-263-0067 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-263-0067 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյուրեր: Զանգահարեք 1-800-263-0067 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រួញ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-263-0067 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-263-0067 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-263-0067 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-263-0067 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-263-0067 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕຜິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-263-0067 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-263-0067 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-263-0067 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-263-0067 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-263-0067 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-263-0067 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-263-0067 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-263-0067 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-263-0067 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-263-0067 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-263-0067 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-263-0067 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-263-0067 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.