

# Formulario de Queja

---

Sírvase llenar el presente formulario de queja y enviarlo por correo postal a:

LifeWorks por Morneau Shepell  
Attn: Quality Assurance Department  
201 17th Street NW, Suite 630  
Atlanta, GA 30363

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento del miembro

Empleador del miembro

De ser necesario, cómo podemos contactarlo y dejarle un recado? Marque todas las casillas según corresponda.

Teléfono

Correo electrónico

Correo postal

No me contacten

Dirección postal

Número de teléfono durante el día

Dirección de correo electrónico

Descripción de la queja

Qué acciones querría usted que se emprendan?

Por la presente certifico que la información arriba expuesta es verdadera. Escriba sus iniciales para confirmar.

- Las quejas deben presentarse en un periodo de 180 días naturales a partir de la fecha en que se produce el evento particular o acción que da lugar a la inconformidad del miembro.
- Si usted necesita que le ayudemos a llenar este formulario, sírvase llamarnos al 1-800-234-5154.
- Usted recibirá un acuse de recibo de presentación de queja al punto de contacto que usted indicó, dentro de un plazo de cinco días naturales a partir de la fecha en que LifeWorks por Morneau Shepell recibe su queja; asimismo recibirá un estado de resolución de queja dentro de los cinco días naturales posteriores a la toma de decisión. Para toda pregunta sobre los trámites seguidos para resolver su queja en particular, comuníquese con EAPQATeam@morneaushepell.com.
- Todas las quejas quedan resueltas en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que se recibe su queja.
- **NOTA IMPORTANTE:** Usted puede solicitar servicios de interpretación sin costo alguno. Igualmente, puede pedir que se le lean documentos y que le envíen documentos en su idioma predilecto. Para obtener ayuda, comuníquese con nosotros al 1-800-234-5154. TTY/TDD: 1-800-999-3004.

#### A los miembros del Estado de California:

##### Favor de examinar la información a continuación.

El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, en adelante el "DMHC") del Estado de California se encarga de regular los planes de servicios de salud. Si usted desea presentar una queja contra su plan de salud, antes de dirigirse al DMHC, primero comuníquese al **1-800-234-5154** para seguir el procedimiento de su plan de salud en materia de presentación y trámite de quejas. El hecho de utilizar dicho procedimiento no impide el ejercicio de ningún derecho o recurso legal posible que pueda aplicarse en su caso. Si usted necesita ayuda respecto de una queja que implica una emergencia, una queja que no haya sido resuelta por su plan de manera satisfactoria u oportuna (quejas que se han quedado sin resolver más de 30 días), diríjase al DMHC. Su queja podría ser admisible para llevar a cabo una Revisión Médica Independiente (IMR por sus siglas en inglés). A este fin, la IMR proporciona una revisión imparcial de las decisiones médicas que el plan de salud haya tomado respecto de la necesidad de servicios o tratamientos propuestos o respecto de decisiones de cobertura con base a una necesidad de tratamiento por ser de carácter experimental o de investigación, así como por disputas relativas al pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El DMHC cuenta también con un Centro de Ayuda, llame al **1-888-HMO-2219** (línea de llamadas gratuitas) o al **1-877-688-9891** (línea TDD para personas con dificultades auditivas o del habla), y con un sitio web que da acceso a un Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente e instrucciones conexas. Consulte la página [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).