

## 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 para la denegación de un servicio o reclamos denegados en un plazo de 180 días calendario desde que reciba una determinación inicial a través de nuestro Departamento de Apelaciones y Quejas Formales. 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. Se considera que un problema es urgente si representa una amenaza grave para su salud que se debe resolver con rapidez. Usted también puede presentar una queja formal a través del formulario de queja formal en línea en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) o enviar este formulario por correo a la dirección a continuación. Si tiene preguntas o prefiere presentar esta queja verbalmente, llame al Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al 1-800-260-2773 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 for a denial of a service or denied claims within 180 calendar days of your receipt of an initial determination through our Appeals and Grievances Department. 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 using the online grievance form at [www.myuhc.com](http://www.myuhc.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 1-800-260-2773 or TTY 711, Monday through Friday, 7 a.m. to 8 p.m. PST.

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		Inic. 2.º Nombre/MI
Dirección/Address		N.º de Apartamento/Apt #	Ciudad/City	Estado/State
Teléfono Residencial/Home Telephone		Teléfono del Trabajo/Work Telephone		Extensión/Extension
Si otra persona que no es el miembro presenta esta queja formal, proporcione la información siguiente:/ 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 Apartamento/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 los detalles específicos de las fechas, horarios, nombres de las personas y proveedores, 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 tiene una queja formal contra su Plan de Salud, primero debe llamar por teléfono a su Plan de Salud al **1-800-260-2773** 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 proceso de queja formal no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir ayuda. 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.dmhc.ca.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 **1-800-260-2773** or **TTY 711** and use your health plan's grievance process before calling 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 TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing- and speech-impaired. The department's internet website **www.dmhc.ca.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 DMHC. 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 OPM revise la denegación después de que usted le solicita a UnitedHealthcare que reconsidere la denegación o rechazo inicial. La OPM 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
---	------------

**Por favor, firme y envíe por CORREO ELECTRÓNICO o FAX a:/ Please sign and MAIL or FAX to:**

ATTN: Appeals and Grievances Department  
P.O. Box 30573 Salt Lake City, UT 84130-0573

**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