



## FORMULARIO DE RECLAMO Y APELACIÓN PARA MIEMBROS

### **PASO 1:**

Llame al representante de Servicios para los miembros para analizar su queja. Es posible que él o ella pueda ahorrarle tiempo y resolver su problema. Si llama al 1-866-333-3530, habrá un representante de Servicios para los miembros de CCA Health California disponible para ayudarle a obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, excepto los feriados; y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los feriados. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

### **PASO 2:**

Complete el formulario de Solicitud de reclamo y apelación para miembros con la mayor cantidad de información posible. También puede elegir enviar su propia carta en la que describa sus inquietudes.

### **PASO 3:**

Si designa a una persona para que actúe como su representante con su reclamo o apelación, usted y su representante deben enviar el formulario de Designación de un representante (Appointment of Representative, AOR) completo. Comuníquese con un representante de Servicios para los miembros de CCA Health para que se le envíe por correo el formulario de AOR. Además, el formulario de AOR se encuentra disponible a través de nuestra página web: [www.ccahealthca.org](http://www.ccahealthca.org).

Enviar de manera conjunta todos los formularios necesarios tal como se describió anteriormente respaldará una revisión oportuna.

### **PASO 4:**

Una vez que se haya completado este formulario, envíelo junto con la documentación de designación de un representante por fax al 1-866-207-6539 o por correo a la siguiente dirección:

CCA Health California  
Attention: Grievances and Appeals  
Department 18000 Studebaker Road,  
Suite 960  
Cerritos, CA 90703

NOMBRE DEL MIEMBRO:	TELÉFONO DE ATENCIÓN DIURNA:
DIRECCIÓN:	
N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO:	FECHA DEL EVENTO:
FECHA DEL SERVICIO DE RECLAMO O APELACIÓN:	
NOMBRE DEL CENTRO O PROVEEDOR INVOLUCRADOS (si corresponde):	
N.º DE TELÉFONO DEL CENTRO O PROVEEDOR:	DIRECCIÓN DEL CENTRO O PROVEEDOR:



Proporcione información acerca de su queja. No dude en adjuntar páginas adicionales si necesita más espacio.

Multiple horizontal lines for providing information.

FIRMA DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Necesitamos su firma y la fecha para procesar su apelación)

CCA Health Choice (HMO) y Plus (HMO) son planes de salud con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-3530 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-3530 (TTY:711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-3530 (TTY: 711).