

Formulario de queja para clientes de California

Para presentar su queja, siga estos simples pasos.

1. Lea la información sobre la queja al final de este formulario.
2. Revise su información y haga cambios si es necesario.
3. Envíe el formulario para completar el proceso.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a Servicio al Cliente al 1.800.244.6224 o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna HealthCare.

Deseo enviar una queja a Cigna HealthCare of California, Inc. (Cigna HealthCare).

- Marque aquí si este caso implica una amenaza grave e inminente para usted o la salud del paciente, lo cual incluye, a modo de ejemplo, dolor intenso, o posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función principal del cuerpo. Si es así, llame a Servicio al Cliente de Cigna HealthCare al **1.800.244.6224 (marque 711 [TTY])** para las personas con impedimentos auditivos o del habla) o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna HealthCare.

INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE (Esta información debe ser completada por el cliente)				
Nombre (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	Número de ID del suscriptor
Dirección postal (Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número de teléfono diurno	Número de teléfono nocturno	<input type="checkbox"/> Marque aquí si prefiere que no se le contacte por teléfono		
Nombre de la persona que presenta la queja (si no es el cliente) (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (Esta sección debe ser completada únicamente si el paciente no es el cliente)				
Nombre (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	Número de ID del suscriptor
Dirección postal (Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número de teléfono diurno	Número de teléfono nocturno	<input type="checkbox"/> Marque aquí si prefiere que no se le contacte por teléfono		
INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR O EL CENTRO (Proporcione el nombre, el número de teléfono y la dirección de cualquier proveedor o centro al que se haga referencia en esta queja)				
Nombre del proveedor o centro			Número de teléfono	
Dirección del proveedor o centro (Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)

Describa brevemente los detalles específicos de su queja. Identifique la queja y **cuándo** sucedieron los acontecimientos que describe allí. Si es útil, proporcione **copias** de todos los recibos detallados, cheques (de ambos lados) y correspondencia relacionada con esta queja. Puede enviar esta información adicional a la siguiente dirección o número de fax.

Cigna HealthCare National Appeals
 PO Box 188011
 Chattanooga, TN 37422
 Fax: 1.877.815.4827

Si esta queja está relacionada con la denegación de un tratamiento, servicio o suministro considerado experimental para una enfermedad terminal y usted desea solicitar una conferencia como parte del proceso de queja, háganoslo saber abajo.

¿Ha enviado algún registro, correspondencia u otra inquietud sobre este caso a Servicio al Cliente de Cigna HealthCare o a alguien más que tenga alguna conexión con Cigna HealthCare? Sí No

Si respondió que sí, proporcione la información de contacto a continuación (incluido el número de teléfono o de fax, si está disponible) y la fecha que envió la información.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE CIGNA HEALTHCARE

Nombre del contacto de Cigna HealthCare (Apellido)	(Primer nombre)
Número de teléfono/fax del contacto de Cigna HealthCare	Fecha

CERTIFICACIÓN

Certifico que esta información es verdadera y correcta.	
Firma	Fecha

El Departamento de Atención Médica Administrada de California está a cargo de la regulación de los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1.800.244.6224 (marque 711 [TTY] para las personas con impedimentos auditivos o del habla) o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna HealthCare** y usar el proceso de queja de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar dicho proceso de queja no limita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su alcance. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne los requisitos para este tipo de revisión, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones en materia de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación, y controversias respecto del pago 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 las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, **www.dmhc.ca.gov**, tiene formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluyen Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.