



# Formulario de reclamación y apelación para miembros

## Enviar

Entregue el formulario completo en persona o envíelo por correo o fax:



**Por correo o en persona:**  
Attention: Appeals & Grievances  
Sharp Health Plan  
8520 Tech Way, Suite 200  
San Diego, CA 92123



**Por fax:**  
Attention: Appeals & Grievances  
619-740-8572

**Si cree que se trata de una emergencia, llame de inmediato a Sharp Health Plan al número gratuito 1-800-359-2002.**

### Información del suscriptor

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Núm. de identificación:		Número de teléfono: ( )
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

### Información del paciente (si no es la misma persona que el suscriptor)

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Núm. de identificación:		Número de teléfono: ( )
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

### Información del proveedor

Médico o proveedor:	Número de teléfono: ( )	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

## Instrucciones

Describa brevemente la información específica del problema e indique cuándo ocurrieron los hechos. SEA ESPECÍFICO. Incluya una declaración sobre el resultado esperado y lo que usted considera que el Plan puede hacer para resolver su inquietud. Si tiene copias de documentos, facturas, cheques u otra correspondencia relacionados con este problema que pueden ayudar en la investigación y resolución, inclúyalos junto con este formulario. Adjunte páginas adicionales a este formulario si son necesarias para describir el problema.

Nombre del suscriptor:

Firma del suscriptor:

Fecha:

x

(   /   /   )

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de atención de salud. Si tiene una reclamación contra su plan de salud, comuníquese primero con el número de teléfono **1-800-359-2002** y siga el proceso de reclamación de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar el proceso de reclamación no le impide hacer valer los derechos o recursos legales que le puedan corresponder. Si necesita ayuda con una reclamación por una emergencia, una reclamación que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una reclamación que haya permanecido sin resolver durante más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para solicitar una revisión médica independiente. Si reúne los requisitos, el proceso de revisión médica independiente le brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. En el sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud de revisión médica independiente e instrucciones en línea.



Si necesita ayuda, estamos a su disposición.

Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-858-499-8300 o al número gratuito 1-800-359-2002, o enviarnos un correo electrónico a [customer.service@sharp.com](mailto:customer.service@sharp.com). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.