

**PARTNERSHIP HEALTHPLAN OF CALIFORNIA  
FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN  
O PRESENTAR UNA QUEJA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación de PHC o de la tarjeta de Medi-Cal: \_\_\_\_\_

Por favor describa su apelación o queja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué puede hacer HealthPlan para ayudar a resolver este problema?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Las quejas deben ser presentadas antes de que pasen 180 días calendario  
de la fecha de cualquier incidente  
Las apelaciones relacionadas con una Notificación de Acción adversa deben ser  
presentadas antes de que pasen 90 días calendario de la fecha de la notificación.**

**Por favor envíe por correo o traiga personalmente esta queja o apelación a:**

**Partnership HealthPlan of California  
360 Campus Lane, Ste., 100  
Fairfield, CA 94534  
Attn: Grievance Unit**

Usted también puede presentar su queja por teléfono llamando al Departamento de servicios para

miembros de Partnership HealthPlan of California al (707) 863-4120 o al 1-800-863-4155.