



PARTNERSHIP HEALTHPLAN OF CALIFORNIA SOLICITUD PARA UN FORMULARIO PARA UNA APELACIÓN O QUEJA

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Número telefónico del miembro: _____

Núm. de Identificación PHC: _____

Por favor indíquenos acerca de su apelación o queja: _____

¿Qué puede hacer HealthPlan para ayudarle a resolver este problema? _____

**Las quejas y apelaciones se deben presentar dentro de los siguientes 180 días
calendario de cualquier incidente o acción con la que no esté satisfecho.**

**Por favor envíe por correo esta apelación o queja a:
Partnership HealthPlan de California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Atn.: Grievance Coordinator**

También puede presentar su apelación o queja telefónicamente. Póngase en contacto con el Departamento de servicios a miembros al **(707) 863-4120** ó **800-863-4155** Los miembros con deficiencias auditivas o del habla deberán llamar al **800-735-2922**.