

## Formulario de queja (agravio) de los afiliados

Si no está contento(a) con la calidad de la atención o el servicio que ha recibido, la forma en que su médico le trató, los problemas para obtener la atención o problemas de facturación, puede presentar un agravio. Un agravio y una queja son lo mismo. Llene este formulario si quiere presentar un agravio sobre Carolina Complete Health (CCH), su médico o sus servicios de salud.

### Información del afiliado o afiliada

Nombre			
Núm. de identif. de Medicaid		Número telefónico	
Correo electrónico			
Nombre del padre/madre/tutor legal (si corresponde)			

### Detalles de la queja (agravio):

Fecha del problema: \_\_\_\_\_ Fecha en que notificó el problema al plan de salud: \_\_\_\_\_

Introduzca una breve descripción del problema: (Incluya fechas y nombres del médico/centro/proveedor, número de autorización/reclamación, servicio/medicamento): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Código de queja (agravio) (debe seleccionar uno):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 100-Proveedor/Plan de salud                       | <input type="checkbox"/> transporte   | <input type="checkbox"/> 230-Comunicaciones del proveedor                      |
| <input type="checkbox"/> 110-Comportamiento del personal del proveedor     | <input type="checkbox"/> 170-Plan de tratamiento/Diagnóstico  | <input type="checkbox"/> 240-Derechos de los afiliados                         |
| <input type="checkbox"/> 120-Comportamiento del personal del plan de salud | <input type="checkbox"/> 180-Qué tan competente es el proveedor   | <input type="checkbox"/> 300-Denegación de servicios                           |
| <input type="checkbox"/> 130-Disponibilidad de citas                       | <input type="checkbox"/> 190-Intérprete   | <input type="checkbox"/> 310-Reducción, suspensión o finalización de servicios |
| <input type="checkbox"/> 140-Qué tan adecuada/Disponible es la red         | <input type="checkbox"/> 200-Fraude y abuso de servicios  | <input type="checkbox"/> 320-Denegación de pago                                |
| <input type="checkbox"/> 150-Tiempos de espera (consultorio, transporte)   | <input type="checkbox"/> 210-El beneficiario recibe cobros/el proveedor solicita el pago antes de prestar los servicios | <input type="checkbox"/> 330-Cuán oportunos son los servicios                  |
| <input type="checkbox"/> 160-Estado del consultorio/                       | <input type="checkbox"/> 220-Información sobre el plan de salud   | <input type="checkbox"/> 340-Política de espacios libres de tabaco             |
|  |   | <input type="checkbox"/> 350-Oportunidades saludables                          |

¿Cómo puede CCH resolver su problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Envíe este formulario completo por correo postal, fax o correo electrónico a:

Carolina Complete Health ATTN: Grievance and Appeals  
1701 North Graham Street, Suite 101 Charlotte, NC 28206  
Fax: 1-833-318-7256

Correo electrónico: [cchgrievancesappeals@carolinacompletehealth.com](mailto:cchgrievancesappeals@carolinacompletehealth.com)

Gracias por sus comentarios y opiniones.

## Notice of Nondiscrimination

Carolina Complete Health complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender identity or expression, or sexual orientation. Carolina Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

Carolina Complete Health provides free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified American Sign Language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Carolina Complete Health provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, call **1-833-552-3876 (TTY 711)**.

If you believe that Carolina Complete Health has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

### **Carolina Complete Health Grievance Coordinator**

1701 North Graham St, Suite 101

Charlotte, NC 28206

1-833-552-3876 (TTY: 711)

Fax: 1-833-318-7256

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

- Online: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- By mail:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201
- By phone: **1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)**

Complaint forms are available at [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

The NC Medicaid Ombudsman can provide you with free, confidential support and education about the rights and responsibilities you have under NC Medicaid. Call **1-877-201-3750** or visit [ncmedicaidombudsman.org](https://ncmedicaidombudsman.org).

## Aviso de no discriminación

Carolina Complete Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual. Carolina Complete Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Carolina Complete Health proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas americano
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Carolina Complete Health ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas para las cual el idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al **1-833-552-3876 (TTY 711)**.

Si cree que Carolina Complete Health no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

### **Carolina Complete Health Grievance Coordinator**

1701 North Graham St, Suite 101  
Charlotte, NC 28206  
1-833-552-3876 (TTY: 711)  
Fax: 1-833-318-7256

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- En línea: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- Por correo:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201
- Por teléfono: **1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)**

Los formularios de quejas están disponibles en: [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

El NC Medicaid Ombudsman puede proporcionarle apoyo, educación gratuita y confidencial sobre los derechos y responsabilidades que tiene bajo NC Medicaid. Llame al **1-877-201-3750** o visite [ncmedicaidombudsman.org](https://ncmedicaidombudsman.org).

You can request free auxiliary aids and services, including this material and other plan information in large print. Call 1-833-552-3876 (TTY 711).

If English is not your first language, we can help. Call 1-833-552-3876 (TTY 711). We can give you, free of charge, the information in this material in your language orally or in writing, access to interpreter services, and can help answer your questions in your language. For help choosing a primary care provider and enrolling in a health plan, call 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 or [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

## **Ayudas auxiliares y servicios de interpretación**

Puede solicitar ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluido este material y otra información del plan en letra grande. Llame al 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si el inglés no es su lengua nativa, podemos ayudarle. Llame al 1-833-552-3876 (TTY 711). Podemos ofrecerle, de forma gratuita, la información de este material en su idioma de forma oral o escrita, acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder a sus preguntas en su idioma. Para obtener ayuda para elegir un proveedor de atención primaria e inscribirse en un plan de salud, llame al 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 o [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

## **辅助工具和翻译服务**

您可以申请免费的辅助工具和服务，包括本资料和其他计划信息的大字版。请致电 1-833-552-3876 (TTY 711)。

如果英语不是您的首选语言，我们能提供帮助。请致电 1-833-552-3876 (TTY 711)。我们可以通过口头或书面形式，用您使用的语言免费为您提供本资料中的信息，为您提供翻译服务，并且用您使用的语言帮助回答您的问题。需要帮助来选择一个初级保健提供者以及参加健康计划，请致电 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 或 [RelayNC.com](http://RelayNC.com)) 。

## **Dịch Vụ Phiên Dịch và Hỗ Trợ Bổ Sung**

Quý vị có thể yêu cầu các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung miễn phí, bao gồm tài liệu này và thông tin kế hoạch khác dưới dạng bản in chữ lớn. Gọi đến 1-833-552-3876 (TTY 711).

Nếu Tiếng Anh không phải là ngôn ngữ mẹ đẻ của quý vị, chúng tôi có thể giúp quý vị. Gọi đến 1-833-552-3876 (TTY 711). Chúng tôi có thể cung cấp miễn phí cho quý vị thông tin trong tài liệu này bằng ngôn ngữ của quý vị dưới dạng lời nói hoặc văn bản, quyền tiếp cận các dịch vụ phiên dịch, và có thể giúp trả lời các câu hỏi của quý vị bằng chính ngôn ngữ của quý vị. Để được trợ giúp chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và ghi danh vào một chương trình sức khỏe, hãy gọi đến 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 hoặc [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

## **보조 자료 및 통역사 서비스**

귀하는 무료 보조 자료 및 서비스를 요청할 수 있으며, 여기에는 큰 활자체의 자료 및 기타 플랜 정보가 포함되어 있습니다. 1-833-552-3876 (TTY 711) 번으로 전화주시기 바랍니다.

영어가 모국어가 아닌 경우 저희가 도와드리겠습니다. 1-833-552-3876 (TTY 711) 번으로 전화주시기 바랍니다. 저희는 귀하께 구두로 또는 서면으로 귀하의 언어로 된 자료의 정보를, 그리고 통역 서비스의 사용을 무료 제공해 드리며 귀하의 언어로 질문에 대한 답변을 제공해 드리겠습니다. 일차 진료 제공자를 선택하고 건강 플랜에 가입하는 데에도움이 필요하신 경우 1-833-870-5500 번 (TTY/TDD: 711 또는 [RelayNC.com](http://RelayNC.com)) 으로 전화주시기 바랍니다.

## Aides auxiliaires et services d'interprétation

Vous pouvez demander des aides et des services auxiliaires gratuits, y compris ce document et d'autres informations sur le plan en gros caractères. Composez le 1-833-552-3876 (TTY 711).

Si votre langue maternelle n'est pas l'anglais, nous pouvons vous aider. Composez le 1-833-552-3876 (TTY 711). Nous pouvons vous fournir gratuitement les informations contenues dans ce document dans votre langue, oralement ou par écrit, vous donner accès aux services d'un interprète et répondre à vos questions dans votre langue. Pour obtenir de l'aide dans le choix d'un prestataire de soins primaires et dans l'inscription à un plan de santé, composez le 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 ou [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

## Cov Khoom Pab Cuam thiab Kev Pab Cuam Txhais Lus

Koj tuaj yeem thov tau cov khoom pab cuam thiab cov kev pab cuam, suav nrog rau tej ntaub ntawv no thiab lwm lub phiaj xwm tej ntaub ntawv kom muab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-833-552-3876 (TTY 711).

Yog tias Lus Askiv tsis yog koj thawj hom lus hais, peb tuaj yeem pab tau. Hu rau 1-833-552-3876 (TTY 711). Peb tuaj yeem muab tau rau koj yam tsis sau nqi txog ntawm tej ntaub ntawv muab txhais ua koj hom lus hais ntawm ncauj los sis sau ua ntawv, mus siv tau cov kev pab cuam txhais lus, thiab tuaj yeem pab teb koj cov lus nug hais ua koj hom lus. Rau kev pab xaiv tus kws pab kho mob xub thawj thiab kev tso npe nyob rau hauv lub phiaj xwm kho mob, hu rau 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 los sis [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

قرىبك فرح أب عطخل لوح ىرخأ تامولعمو دنسمل اذه، كذلذ يف امب ةيناجملا ةيفاضإل تادعاسمل او تامدخل بلط كنكمي  
قرلا ىلع لصتا

**1-833-552-3876 (TTY 711).**

مقرلا ىلع لصتا. ةدعاسمل اننكميف، ىلوالا كتغل تسيل ةيزيلجنإل ةغلل تناك اذا  
لوصول او ايّباتك وأ ايّهفش كتغلب دنسمل اذه يف ةدراول تامولعمل كل مدقن نأ اننكمي **1-833-552-3876 (TTY 711)**.  
رفوم رايتخا يف ةدعاسمل. كتغلب كتلئسأل تاباجإ ىلع لوصول يف كتدعاسم اننكمي و انّاجم ةمجرتلا تامدخل  
**1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711)** و [RelayNC.com](http://RelayNC.com) مقرلا ىلع لصتا، ةيحصلا عطخل يف ليحستلاو ىلوالا ةياعرلا

## Вспомогательные средства и языковая поддержка

Вы можете запросить бесплатные вспомогательные средства и услуги, включая этот справочный материал и другую информацию о плане, напечатанную крупным шрифтом. Позвоните по номеру 1-833-552-3876 (TTY 711).

Если английский не является Вашим родным языком, мы можем Вам помочь. Позвоните по номеру 1-833-552-3876 (TTY 711). Мы бесплатно предоставим Вам более подробную информацию этого справочного материала в устной или письменной форме, а также доступ к языковой поддержке и ответим на все вопросы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь в выборе поставщика первичных медицинских услуг и регистрации в плане медицинского обслуживания, позвоните по номеру 1-833-870-5500 (TTY / TDD: 711 или посетите сайт [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

## Mga Auxiliary Aid at Serbisyo ng Interpreter

Maaari kang humiling ng libreng mga auxiliary aid at serbisyo, kabilang ang materyal na ito at iba pang impormasyon ng plan sa malaking print. Tumawag sa 1-833-552-3876 (TTY 711).

Kung hindi English ang iyong unang wika, makakatulong kami. Tumawag sa 1-833-552-3876 (TTY 711). Maaari ka naming bigyan, nang libre, ng impormasyon sa materyal na ito sa iyong wika nang pasalita o nang pasulat, access sa mga serbisyo ng interpreter, at matutulungang sagutin ang mga tanong sa iyong wika. Para sa tulong sa pagpili ng pangunahing provider ng pangangalaga at pag-enroll sa isang plan na pangkalusugan, tumawag sa 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 o [RelayNC.com](http://RelayNC.com)).

## સહાયક સહાય અને દુભાષણિયા સેવાઓ

તમે મોટી પ્રિન્ટ માં આ સામગ્રી અને અન્ય પ્લાનની માહિતી સહિત મફત સહાયક સહાય અને સેવાઓની વિનિતી કરી શકો છો 1-833-552-3876 (TTY 711) પર કોલ કરો.

જો અંગ્રેજી તમારી પ્રથમ ભાષા નહોતી તો અમે મદદ કરી શકીએ છીએ 1-833-552-3876 (TTY 711) પર કોલ કરો તમારી ભાષામાં મૌખિક રીતે અથવા લેખિતમાં અમારી માહિતી પોર્ટલ પર અમારી સહાયક સહાય અને સેવાઓની મુલતબા પી શકીએ છીએ અને તમારા પ્રશ્નોના જવાબમાં અમારે સહાયક શકીએ છીએ પ્રથમ સિમાળ પ્રદાતા સાંસ્કૃતિક અને ભારોષી જાનમનો ધણી કલ્પા મંદિરા 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 અથવા [RelayNC.com](http://RelayNC.com)). પર કોલ કરો.

1-833-552-3876 (TTY 711)

3876 (TTY 711)

1-833-552-

1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 [RelayNC.com](http://RelayNC.com))

## Hilfsmittel und Dolmetscherdienste

Sie können kostenlose Hilfsmittel und Services anfordern, darunter diese Unterlagen und andere Versicherungsinformationen in Großdruck. Rufen Sie uns an unter **1-833-552-3876 (TTY 711)**.

Sollte Englisch nicht Ihre Muttersprache sein, können wir Ihnen behilflich sein. Rufen Sie uns an unter **1-833-552-3876 (TTY 711)**. Wir können Ihnen die in diesen Unterlagen enthaltenen Informationen kostenlos mündlich oder schriftlich in Ihrer Sprache zur Verfügung stellen, Ihnen einen Dolmetscherdienst vermitteln und Ihre Fragen in Ihrer Sprache beantworten. Unterstützung bei der Auswahl eines medizinischen Erstversorgers und bei der Anmeldung zu einer Krankenversicherung erhalten Sie unter **1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 oder [RelayNC.com](http://RelayNC.com))**.

## अतरिक्त सहायता और दुभाषिया सेवाएं

आप इस सामग्री और अन्य योजना की जानकारी बड़े प्रिंट में दिए जाने सहित मुफ्त अतरिक्त सहायता और सेवाओं का अनुरोध कर सकते हैं। 1-833-552-3876 (TTY 711) पर कॉल करें।

अगर अंग्रेजी आपकी पहली भाषा नहीं है, तो हम मदद कर सकते हैं। 1-833-552-3876 (TTY 711) पर कॉल करें। हम आपको मुफ्त में इस सामग्री की जानकारी आपकी भाषा में जबानी या लिखित रूप में दे सकते हैं, दुभाषिया सेवाओं तक पहुंच दे सकते हैं और आपकी भाषा में आपके सवालों के जवाब देने में मदद कर सकते हैं। प्राथमिक देखभाल प्रदाता चुनने और स्वास्थ्य योजना में नामांकन करने में मदद के लिए, 1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 या [RelayNC.com](http://RelayNC.com)) पर कॉल करें।

1-833-552-3876 (TTY 711).

1-833-552-3876(TTY711).

1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 [RelayNC.](http://RelayNC.com)

[com](http://com)).

## 補助具・通訳サービス

この資料やその他の計画情報を大きな文字で表示するなど、無料の補助支援やサービスを要請することができます。1-833-552-3876 (TTY 711)に電話してください。

英語が母国語でない方はご相談ください。1-833-552-3876 (TTY 711)に電話してください。この資料に記載されている情報を、お客様の言語で口頭または書面にて無料でお伝えするとともに、通訳サービスへのアクセスを提供し、お客様のご質問にもお客様の言語でお答えします。かかりつけ医の選択や健康保険プランへの登録については、1-833-870-5500 (TTY/TDD: 711 または[RelayNC.com](http://RelayNC.com))にお問い合わせください。