

Adjunte copias de todo lo que pueda ayudarnos a comprender su queja.

Si adjunta páginas adicionales, marque esta casilla.

FIRME el formulario completo y envíelo por CORREO o por FAX a P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077 o 877.404.2746. O, si corresponde, presente el formulario completo ante su plan médico principal. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.

Fecha: _____ Firma del miembro: _____

Fecha: _____ Firma del representante: _____

Empleados de empresas autoaseguradas: Usted puede tener derecho a presentar una acción civil, conforme a la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad en ingresos de jubilación para los empleados (Employee Retirement Income Security Act, o ERISA), si está inscrito con su plan médico por medio de un empleador que esté sujeto a ERISA. En primer lugar, asegúrese de que se hayan completado todas las evaluaciones de la apelación de su reclamación y que su reclamación no haya sido aprobada. Luego, consulte con el administrador del plan de beneficios de su empleador para determinar si el plan de beneficios del mismo está gobernado por ERISA. Además, usted y su plan médico pueden contar con otras alternativas voluntarias para la resolución de disputas, tales como la mediación.

IMPORTANT: If you are having trouble reading this document and have language needs other than English, we can have somebody help you. You may call 1.800.678.9133 Monday through Friday 5 a.m. to 6 p.m. Pacific Time. There is no fee for this service. Because this document may require action by you, you are encouraged to call as soon as possible.

***IMPORTANTE:** Si le resulta difícil leer este documento y necesita ayuda en otro idioma que no es el inglés, tenemos alguien que le puede ayudar. Quizá pueda incluso recibir esta carta en su idioma de preferencia. Puede llamar al 1-800-678-9133 de lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico. No hay cargo por este servicio. Puesto que este documento puede requerir acción de su parte, le recomendamos que llame lo antes posible.*

(Spanish)

***請注意:** 如果你看不懂這文件，且需要英語以外的語言援助，我們有人可以協助你。你亦或可得到以你所需的語言書寫的這封信。你可以在星期一至星期五太平洋時間早上 5 時至下午 6 時電 1-800-678-9133。這服務免費。本文件或需要你的回應，因此我們鼓勵你儘快致電。*

(Traditional Chinese)

***IMPORTANTE:** Kung nahihirapan kang basahin ang dokumentong ito at mangangailangan ka ng tulong sa wika na bukod sa Ingles, maaari kaming magbigay ng tulong sa iyo. Maaari mo ring makuha ang sulat na ito sa wikang iyong pipiliin. Maaari kang tumawag sa 1-800-678-9133 mula Lunes hanggang Biyernes ika-lima ng umaga hanggang ika-anim ng hapon, oras sa Pasipiko. Ang serbisyong ito ay walang bayad. Dahil ang dokumentong ito ay maaaring mangailangan ng nararapat na aksyon mula sa iyo, ikaw ay hinihikayat na tumawag sa amin sa lalong madaling panahon.*

(Tagalog)

ALÁAHGO BAA ÁKONÍZIN DÍÍ: Dii naaltsoos yiniita' ni nanit'ago dóó shá ata' hane' ninizingo, ła'da níká adoolwołigii ná shóidoot'eel. Kojí' hodiílnih 1.800.678.9133 Damóo biíłkáhá tseebiidi oolkiigo dóó e'e'áahjí' hastáají' aa át'é ahéehashííhjí oolkiígú, Pacific Time. Kót'égo háká e'elyeedigii éi doo bik'é azlaada. Dii naaltsoos hadilyaaigii éi t'áá ni łahdóó binidiílnish éi baą t'áá hahigo biniyé hodiílnih danidii'ni.

(Navajo)