



P.O. Box 30192 Salt Lake City, UT 84130-0192 801-442-5038/800-538-5038 selecthealth.org

Formulario de Apelación y Reclamos

Nombre Del Asegurado _____ # ID Del Afiliado _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
 Cod. Postal _____ Teléfono: Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____
 Plan _____ Empleador _____
 Médico _____ Nombre del Paciente _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha(s) del Servicio ____/____/____

A. EXPLICACIÓN DE LA QUEJA

B. ¿QUÉ COMUNICACIONES POR ESCRITO Y/O VERBALES HA RECIBIDO USTED? ¿DE QUIÉN?

C. CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES O INFORMACIÓN ADICIONAL

D. ¿CUÁL ES SU EXPECTATIVA PARA LA SOLUCIÓN?

FIRMA

Por favor adjunte copias de cualquier documento de respaldo (remisiones, reclamos, cuentas detalladas y cartas de doctores, etc.).
Puede enviar esta información por fax al Departamento de Apelaciones, al 1-801-442-0762. SELECTHEALTH ESTÁ AUTORIZADO PARA INVESTIGAR MI QUEJA. ENTIENDO QUE ESTO PUEDE REQUERIR UNA REVISIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y FINANCIEROS RELACIONADOS CON MI SALUD.

Firma _____ Fecha ____/____/____
Asegurado o Paciente