

P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
Teléfono **844-208-9012** (línea gratuita)
Fax **801-442-0762**
selecthealth.org/medicare



FORMULARIO DE AGRAVIO

UTILICE ESTE FORMULARIO PARA QUEJAS, DISTINTAS DE UNA RECLAMACIÓN RECHAZADA

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro departamento de quejas y apelaciones al número que figura más arriba entre semana, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. También puede comunicarse sin cargo con Servicios para Miembros al **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horarios:

El 1 de octubre al 31 marzo: Lunes a viernes 7:00 a.m. to 8:00 p.m., el sábado y el domingo de 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

El 1 de abril al 30 de septiembre: Lunes a viernes 7:00 a.m. a 8:00 p.m., el sábado 9:00 a.m. a 2:00 p.m., cerrado el domingo.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY, por favor llame al 711.

Nombre del suscriptor _____

Número de identificación del suscriptor _____

Dirección de la calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor _____

Nombre de paciente (persona mencionada en la queja) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Fecha(s) de servicio ____/____/____

Marque esta casilla si su agravio/denuncia es sobre el cuidado que recibió.

A. EL MOTIVO DE TU QUEJA.

B. ¿QUÉ COMUNICACIÓN ESCRITA Y/O VERBAL HA RECIBIDO? ¿DE QUIEN?

C. ¿QUÉ LE GUSTARÍA QUE HICIÉRAMOS?

D. ¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE LO CONTACTEMOS SOBRE ESTA QUEJA?

Email _____ Correo _____ Fax _____

FIRMA

Adjunte copias de cualquier documento relacionado (como referencias, reclamos, facturas o cartas de los médicos). **Envíelos por fax con este formulario completado al 801-442-0762. También puede enviarlos por correo a la dirección mencionada anteriormente.**

AUTORIZO SELECTHEALTH PARA REVISAR MI QUEJA. ENTIENDO QUE ESTO PUEDE REQUERIR UNA REVISIÓN DE MIS REGISTROS MÉDICOS.

Firma _____ Fecha ____/____/____
Miembro o Representante

SelectHealth es un patrocinador del plan HMO, HMO-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en SelectHealth Advantage depende de renovación de contrato.