

Formulario de Agravio

USE ESTE FORMULARIO PARA LAS DENUNCIAS NO RELACIONADAS CON LA NEGACIÓN DE UN BENEFICIO O UNA RECLAMACIÓN

Nombre del suscriptor _____ Número de identificación del suscriptor _____
Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____ Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono de trabajo (_____) _____
Plan/Red _____ Empleador _____
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. ¿CUÁL ES SU RECLAMO O 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

Por favor adjunte copias de los registros (como facturas o cartas de doctores) y mándelos por correo a la dirección indicada arriba. También puede mandarlos por fax al 801-442-0762.

DOY PERMISO A SELECTHEALTH PARA INVESTIGAR MI DENUNCIA. SÉ QUE ESTO PUEDE REQUERIR UNA REVISIÓN DE MIS REGISTROS.

Firma _____ Fecha ____/____/____
Suscriptor o Paciente

Fair Treatment Notice

SelectHealth complies with Federal civil rights laws. We do not discriminate or treat you differently because of your race, color, national origin, age, disability, or sex.

We provide free:

- > Aid to those with disabilities to help them communicate with us, such as sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, electronic formats, other).
- > Language help for those whose first language is not English, such as Interpreters and member materials written in other languages.

For help, call SelectHealth Member Services at **1-800-538-5038** or SelectHealth Advantage Member Services at **1-855-442-9900** (TTY Users: 711).

If you feel you've been treated unfairly, call SelectHealth 504/Civil Rights Coordinator at **1-844-208-9012** (TTY Users: 711) or the Compliance Hotline at **1-800-442-4845** (TTY Users: 711). You may also call the Office for Civil Rights at **1-800-368-1019** (TTY Users: **1-800-537-7697**).

Language Access Services

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a SelectHealth

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 SelectHealth。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số SelectHealth.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. SelectHealth. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę'ę', t'áá jiik'eh, éi ná hółq', kojí' hódíílnih SelectHealth.

ध्यान दनुहोस्: तपार्इंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपार्इंको नमितिभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । SelectHealth मा फोन गर्नुहोस्।

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke lea fakatonga, ko e kau fakatonu lea te nau tokoni atu ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. Telefoni ki he SelectHealth.

ОБАВЕШТЕЊЕ: Ако говорите српски језик, услуге језичке помоћи доступне су вам бесплатно. Позовите SelectHealth.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa SelectHealth.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: SelectHealth.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните SelectHealth.

تدع اسمك لتا مدخ نإف، ةيبرعلا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
تكرشب ل لصتا. ن اجم اب كل رف اوتت ةي وغلل
SelectHealth.

සමකාලීන: පිස්සිසාසාසකයාගේ සාහායක
සේවාවලින් ඔබගේ භාෂා භාවිතය සඳහා
මුද්‍රාදායම් නොමැත. SelectHealth ට
SelectHealth ට

ATTENTION : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。SelectHealth. まで、お電話にてご連絡ください。

SelectHealth: 1-800-538-5038
SelectHealth Advantage: 1-855-442-9900

