

Instrucciones para ayudarle a completar el Formulario de queja formal del miembro

Si usted es miembro de UnitedHealthcare Dual Complete, no use este formulario.

DERECHOS DE QUEJA FORMAL

Qué hacer si tiene un reclamo

Una queja formal es un reclamo formal. Podrá presentar una queja formal cuando no esté conforme con su plan de salud o con la atención que recibió.

Si nos envía una queja formal por escrito, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. Analizaremos su reclamo e intentaremos solucionar el problema en un plazo de 30 días. Después de eso, le enviaremos otra carta para explicarle lo que hicimos.

Cómo completar este formulario

Complete todas las partes del formulario que pueda. Puede ingresar su información en el formulario electrónicamente e imprimirlo, o bien imprimir una copia en blanco y completarlo a mano.

Cómo solicitar una queja formal

Envíe este formulario y cualquier otra documentación por correo postal a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Member Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Qué sucede después?

Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja formal. Analizaremos su reclamo y cualquier documentación que haya enviado.

Elija un representante autorizado

Puede elegir a alguien para que le ayude con su queja formal. Si desea que alguien actúe en su nombre, debe completar y firmar el formulario de Designación de representante autorizado.

Envíe ese formulario junto con su solicitud de queja formal.

Formulario de queja formal del miembro – UHCCP NJ

Para iniciar el proceso, complete este formulario. Ingrese toda la información que pueda. Firme y feche el formulario y envíenoslo. Adjunte copias de toda la información que le gustaría que usemos en nuestra revisión.

Información del miembro: Puede encontrar esto en su tarjeta de identificación de UHCCP NJ.			
Nombre		Apellido	
Dirección			N.º de apto.
Ciudad			Estado
			Código postal
N.º de identificación de miembro		Número de teléfono al que prefiere que nos comuniquemos con usted	
Su dirección de correo electrónico			

¿Cuál es el motivo de su queja formal (reclamo formal)? Marque la casilla correspondiente al problema que aplica a usted.	
<input type="checkbox"/>	Dificultad para concertar una cita.
<input type="checkbox"/>	Insatisfacción con la forma en que un proveedor o su personal me trataron.
<input type="checkbox"/>	Un proveedor se negó a verme debido a problemas de pago de reclamaciones con el plan.
Si eligió uno de los anteriores, especifique:	
<input type="checkbox"/>	Nombre del proveedor
<input type="checkbox"/>	Fecha de la queja formal
<input type="checkbox"/>	Dificultad para obtener autorización de los servicios.
<input type="checkbox"/>	Se me facturó por servicios cubiertos.
<input type="checkbox"/>	Insatisfacción con la forma en que personal del plan de salud me trató.

