

Formulario de quejas/ apelaciones del afiliado

Indiana

<p>Nombre del afiliado _____</p> <p>Dirección del afiliado _____ _____ _____</p>	<p>N.º de ID de afiliado _____</p> <p>Teléfono del afiliado _____</p>
<p>Si el motivo de queja o apelación involucra a uno o varios proveedores, proporcione la siguiente información, si la conoce.</p> <p>Nombre(s) del (de los) proveedor(es) _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Describa la queja/apelación de la forma más detallada que sea posible. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.</p> <p>_____ (Firma del afiliado)</p> <p>_____ (Fecha de presentación)</p>	
<p>USO OFICIAL EXCLUSIVO</p> <p>Fecha de recepción: _____</p> <p>Recibido por: _____</p> <p>Queja nivel 1 2</p> <p>Fecha de la audiencia: _____</p>	<p>Acción que se llevó a cabo para resolver la queja/ apelación:</p> <p>_____ (Firma del representante del plan)</p> <p>_____ (Fecha de la resolución)</p>