



FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES DEL AFILIADO

Nombre del afiliado:

Dirección del afiliado:

Número de identificación (ID) del afiliado:

El mejor número de teléfono para contactarlo:

Escriba una descripción de su queja o apelación dándonos todos los detalles que pueda. Incluya la información del proveedor si su problema es con un proveedor. Si es necesario, puede adjuntar más pági.

(Firma del afiliado)

(Fecha de presentación)

CareSource PASSE le enviará una carta con el resultado de su apelación a más tardar dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibimos este aviso de una apelación estándar, 72 horas en el caso de una apelación expedita (rápida) y 30 días en el caso de una queja.

OFFICE USE ONLY

Date Received: _____

Received By: _____

Grievance: _____ Appeal: _____

Servicios para afiliados: **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711)