



### Formulario de queja/apelación

**Nombre del afiliado:** \_\_\_\_\_

**Dirección del afiliado:** \_\_\_\_\_

**N.º de ID del afiliado:** \_\_\_\_\_

**Mejor número telefónico para contactarlo si tenemos preguntas o necesitamos información adicional sobre su problema:** \_\_\_\_\_

**Realice una descripción lo más detallada posible del motivo de la queja o de la apelación e incluya de ser necesario.**

\_\_\_\_\_  
**(Firma del afiliado)**

\_\_\_\_\_  
**(Fecha de presentación)**

CareSource le enviará una carta con el resultado de su apelación o la resolución de su queja a no más tardar dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que recibimos el aviso de una apelación estándar, 72 horas para una apelación expedita y 90 días calendario para una queja.

**OFFICE USE ONLY**

**Date Received:** \_\_\_\_\_

**Received By:** \_\_\_\_\_

**Greivance:** \_\_\_\_\_ **Appeal:** \_\_\_\_\_ **Hearing:** \_\_\_\_\_