MoreCare®
A Medical Home Network Affiliate

Formulario de Admisión de Reclamos

Este formulario es para su uso en la presentación de una queja o reclamo formal con respecto a cualquier aspecto de la atención o servicio que se le proporcionó como miembro del plan de salud. Complete la información de la manera más completa posible y envíela por fax o la dirección que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Por favor escriba la siguiente información en letra imprenta:

Nombre del miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Número de identificación de miembro _____

Dirección postal _____

Número de teléfono de casa _____

Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono celular o del trabajo _____

Fecha de nacimiento _____

Representante autorizad@: *Si la queja la presenta otra persona que no sea el miembro, proporcione la siguiente información (NOTA: Para ser un representante autorizado, se requiere una Designación de Representante (AOR) completa; los formularios AOR están disponibles en nuestra página web).*

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el / la miembr@: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Indique la naturaleza de la queja o reclamo, indicando fechas, horas, personas, lugares, etc. Adjunte copias de cualquier información adicional que pueda ser relevante para su queja o reclamo.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por favor firme y envié esto por **CORREO POSTAL** o **FAX** a los siguientes contactos:

Fecha _____ **Firma** _____

Fecha _____ **Firma del Representante** _____

Dirección postal: MoreCare
Attn: Grievance and Appeals
P.O. Box 21994
Eagan, MN 55121

FAX: 1-888-345-9110

H2678_3000-0272_C

MoreCare es una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en MoreCare depende de la renovación del contrato.