

FORMULARIO DE QUEJA O DENUNCIA

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Resumen de la queja o denuncia

¿Se ha comunicado con el plan de seguro médico (plan de salud) en relación con este asunto? Sí No (trace un círculo alrededor de la respuesta correspondiente)

Si respondió que sí, ¿en qué resultó dicha comunicación?

¿Qué podemos hacer para ayudarlo a resolver su problema?

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Favor de enviar este formulario y la demás información pertinente por correo o fax a:

Leon Medical Centers Health Plans, Inc.
Grievance/Appeals Department
PO Box 65-9005
Miami, FL 33265
FAX: 305-642-1144