

Forma para Agravios y Apelaciones

Nombre del miembro _____ ID # _____

Dirección _____

Número de Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Por favor escoja una de las siguientes:

- APELACIÓN – ¿Está usted en desacuerdo con la decisión que hemos tomado acerca de un beneficio o acerca del pago de una reclamación?
- QUEJA – ¿No está usted satisfecho con nuestra decisión acerca de algo más que no esté relacionado a sus beneficios o el pago de una reclamación?

Por favor describa su insatisfacción en detalle, empleando nombres, fechas, lugares, hora del día y los hechos como sucedieron. Si es aplicable, también declare porque UnitedHealthcare Community Plan debe considerar pagar por los servicios solicitados y que normalmente no son cubiertos. Por favor, envíe por correo esta forma una vez llenada a la dirección anotada abajo.

Nombre, dirección y número de teléfono de su representante autorizado, si hay:

(Firma)

(Fecha)

Member Services
UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364