

FORMULARIO DE QUEJA

Este formulario es para presentar una queja sobre la atención médica o los medicamentos con receta médica. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros al 866-255-4795 (TTY 711 para personas con problemas auditivos), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE USTED:

Nombre del miembro: _____ N.º de ID. de miembro: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTACIÓN PARA QUEJA

Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "Representante" para presentar una queja. Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante, conforme a la ley estatal. Si usted desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de servicios de salud u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de "Nombramiento de Representante" o visite nuestro sitio web en www.bndhmo.com/Members/Resources y desplácese hasta la parte inferior de la página en "Formularios". También puede completar la siguiente información acerca de la persona a la que usted nombra para que actúe para esta queja únicamente. No podemos iniciar la revisión de quejas de otra persona que no sea usted, a menos que tengamos el formulario de "Nombramiento de Representante" completo u otro comprobante de autorización legal para que alguien actúe en su nombre.

Si elige un representante, por favor complete la siguiente información:

Nombro a la siguiente persona para que actúe en mi nombre para esta queja:

Nombre del representante: _____

Dirección del representante: _____

Teléfono del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

