



# FORMULARIOS DE QUEJA/APELACION

9250 W Flagler St, Suite 600 Miami, FL 33174  
Attn: Grievance and Appeals Department

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Miembro: \_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA HealthSun ID#

Numero de Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha (o fechas) del servicio/de la ocurrencia: \_\_\_\_\_

Por favor describa debajo la naturaleza de su queja/apelación y cualquier hecho que usted sienta se debe considerar en la revisión de su queja/apelación: (Use hojas si es necesario. Si su queja/apelación implica cuentas sin pagar, adjunte copias de las facturas o el formulario de reclamo completado).

---

---

---

---

---

---

---

---

### PEDIDO LA REVISION

Pido POR ESTE MEDIO una revisión de la queja/apelación descrito arriba y entiendo que el recibo de esta forma de la queja/apelación por HealthSun Health Plans (HSHP) constituye un pedido de revisión. Entiendo que para que HSHP revise mi queja/apelación, HSHP puede necesitar expedientes médicos u otra información médica relevante a mi queja/apelación. Por consiguiente, autorizo a personas o las entidades que tienen cualquier expediente o conocimiento u otra información de mí para enviar tal información a HSHP para que HSHP termine su revisión de mi queja/apelación. Esta información no será enviada a ninguna otra organización o individuo excepto según lo permitido conforme a ley federal y a ley estatal, conforme a órdenes judiciales o a citaciones. HSHP ha establecido salvaguardias apropiadas para asegurar la privacidad y confidencialidad de toda la información médica y para prevenir el acceso desautorizado a él.

\_\_\_\_\_  
**Firma del miembro/representante** **Fecha**

Entiendo que HealthSun Health Plans se comunicara conmigo dentro de cinco (5) días laborables a partir de la fecha del recibo para reconocer esta queja/apelación. Sus beneficios continuarán durante el curso de este queja/apelación mientras usted siga asociado en HealthSun Health Plans.

### Internal Use Only

Received by: \_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_

By Mail  By Telephone  In Person  Other: \_\_\_\_\_

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).