



FORMULARIOS DE QUEJA/APELACION

11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
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).