



FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN

Complete este formulario con la información del afiliado cuyo tratamiento es objeto de queja formal o apelación.

Nombre del afiliado: <member name>	
Id. del afiliado: <member ID number>	Fecha de nacimiento: <member date of birth>
Representante autorizado*:	
Número de teléfono:	
Dirección:	

Número de servicio o reclamación:
Nombre del proveedor:
Fecha del servicio:

Explique su queja formal, apelación o queja, y la solución que espera obtener. Puede anexas páginas adicionales si necesita más espacio.

* Debemos tener un formulario de Designación de representante autorizado (AOR, por sus siglas en inglés) u otra documentación legal cuando una persona diferente del afiliado envíe una solicitud de queja formal o de apelación. Si no hay registro de este formulario u otra documentación legal, no podremos continuar con su apelación o queja formal. Si tiene preguntas sobre esta carta, contáctenos al teléfono <customer service phone number>.

GHHKGGXSP

FORMULARIO DE SOLICITUD DE QUEJA FORMAL/APELACIÓN

Firma del afiliado (o del representante)

Fecha

Relación con el afiliado (si es representante)

Importante: devuelva este formulario a la dirección siguiente para que podamos procesar su queja formal o apelación:

Humana Inc.
Grievance and Appeal Department
P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546