



Formulario de apelaciones y reclamos

Este formulario es para que usted lo complete. Puede presentar un reclamo (queja) o solicitar una apelación si se le denegó atención, un servicio o un pago. **La ley exige** que Aspire Health Plan responda a sus quejas y apelaciones. Contamos con un procedimiento detallado para resolver estas situaciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al Departamento del Servicio para los miembros al 831-574-4938, o bien a la línea gratuita 855-570-1600. Las personas con problemas auditivos pueden comunicarse al TDD/TTY 855-332-7195.

Escriba la siguiente información en letra de imprenta o a máquina:

Nombre del miembro (apellido, nombre, inicial del 2.º nombre): _____

Identificación del miembro: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Representante autorizado: si la queja es presentada por otra persona que no sea el miembro, revise la sección con el título “¿Quién puede presentar una apelación?”, y proporcione la siguiente información:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono celular: _____

Describa su queja o apelación. Es útil si puede indicar fechas, horarios, personas, lugares, etc., relacionados con su queja o apelación. Adjunte copias de cualquier información que pueda ser relevante para su queja o apelación.



Firme y ENVÍE POR CORREO o FAX AL plan de salud:

Por correo:

Por fax: 831-574-4939

Aspire Health Plan, Appeals & Grievance Department, P.O. Box 60, Bakersfield, CA 93302

Federal Express:

Aspire Health Plan, Appeals & Grievance Department, 4550 California Avenue Suite 100, Bakersfield, CA 93309

Fecha _____ Firma _____

Fecha _____ Firma del representante _____

(Nota: si es el representante, debe enviar el Formulario de nombramiento de un representante).