



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 711.

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 alguien que no sea el miembro, complete la siguiente sección:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono particular: _____

Número de teléfono celular: _____

Describa su queja o apelación. Incluya la siguiente información: fechas, horarios, personas, lugares, etc. involucrados. Adjunte copias de cualquier información adicional que pueda ser relevante para su queja o apelación.



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

Por correo:

Por fax: 831.657.0703

Aspire Health Plan
Appeals & Grievance Department
10 Ragsdale Drive, Suite 101
Monterey, CA 93940

Federal Express:

Aspire Health Plan
Appeals & Grievance Department
10 Ragsdale Drive, Suite 101
Monterey, CA 93940

Fecha _____ Firma _____

Fecha _____ Firma del representante _____

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

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Aspire Health Plan cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY: 711)

10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940 ■ (831) 574-4938 / 711 (TTY)

H8764_AG_Appeal_Grievance Request Form_1218_C