

FORMULARIO DE QUEJA, APELACIÓN O INQUIETUD

Este formulario es para ayudarle a presentar una queja o una apelación. Puede completarlo y enviárnoslo. También puede escribir una carta en la que incluya esta información. Envíe el formulario o la carta por correo:

SilverSummit Healthplan
Member Services
2500 North Buffalo Drive 2nd Fl.
Las Vegas, NV 89128
Fax: 1-855-252-0568

*Apelaciones de salud del
comportamiento:*
SilverSummit Healthplan-Appeals
12515-8 Research Blvd, Suite 400
Austin, TX 78759
Fax: 1-866-714-7991

*** Puede presentar una queja
en cualquier momento.**

*** Debe presentar la
apelación dentro de los
60 días posteriores a la
fecha de la carta de rechazo.**

EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del miembro: _____

N.º de ID de miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del miembro: _____

Número de seguimiento (si lo tiene). Figura en la esquina superior izquierda de la carta.

Comparta la información que tiene respecto a la queja o la apelación.

Nombre de los representantes (si tiene alguno): _____

Firma del miembro/representante: _____

N.º de teléfono durante el día: _____ Fecha: _____