



Formulario de queja, apelación, problema o recomendación

Si desea presentar una queja, apelación, problema o recomendación, complete este formulario. Si decide no completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. El formulario completado o su carta deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Ambetter from Louisiana Healthcare Connections
Attn: Appeals and Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
Phone: 1-833-635-0450 (Relay 711)
Fax: 1-833-886-7956

Nombre del (de la) afiliado(a): _____

Núm. de ID del (de la) afiliado(a): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del (de la) afiliado(a): _____

Para presentar una apelación, anote el número de seguimiento/autorización de la decisión desfavorable: _____

Información adicional para apoyar la queja, apelación, problema o recomendaciones (o adjuntos):

Afiliado(a) o representante: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Fecha: _____

- * ***Usted debe presentar una apelación en un plazo de 180 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación.***
- * ***Usted puede presentar una queja en cualquier momento.***