NJ FamilyCare

FIDELIS CARE®

Formulario de queja

Nombre: _____

Apellido: _____

N.º de identificación (ID) de miembro: _____

Número de teléfono al que prefiere que le llamemos: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es el motivo de su queja (reclamo formal)? Marque la casilla del problema que corresponda a su caso.

☐ **1.** Dificultad para programar una cita.

☐ **2.** Disconformidad con la manera en que me trató un proveedor o su personal.

☐ **3.** Un proveedor se negó a atenderme debido a problemas con el plan sobre el pago de reclamaciones.

Si elige 1, 2 o 3, especifique el proveedor: _____

☐ **4.** Dificultad para obtener servicios autorizados.

☐ **5.** Me facturaron servicios cubiertos.

☐ **6.** Disconformidad con la manera en que me trató el personal del plan de salud.

Información adicional (opcional): _____

_____

Si rechazamos su solicitud de un tratamiento, artículo o medicamento y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede pedirnos que la cambiemos. Esta solicitud se llama "apelación". Sin embargo, una apelación no es lo mismo que una queja. Puede llamarnos al número gratuito **1-888-453-2534** (TTY: **711**) para presentar una apelación o si tiene preguntas.

¿Se ha comunicado antes con nosotros para hablar de este problema? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", indique la fecha en la que se comunicó con Servicios al Miembro.

Fecha: ____ /____ /_____

CAD_122892S State Approved 08302023
©2023 Fidelis Care. All rights reserved.