



Formulario de reclamos del miembro

Llene este formulario y adjunte cualquier documento relacionado. Envíe por correo o por fax el formulario y los documentos a la siguiente dirección:

Correo: Attn: Grievance Department
Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Fax: 877-881-1305

No es necesario que llene este formulario para presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo llamando a Servicios para Miembros al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro o a través de la aplicación **SydneySM Health**. Le enviaremos una respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de este formulario o de su llamada.

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Núm. de CIN/identificación del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Información sobre su reclamo

Esta información pasará a formar parte del registro permanente; escríbala de forma clara y legible.

Fecha del incidente: _____

Describa lo que sucedió (adjunte hojas adicionales de ser necesario): _____

healthybluekansas.com/medicaid

Firma del miembro (o del padre, de la madre o del tutor si el miembro es menor de edad):

X _____ Fecha: _____

Si necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios para Miembros al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Kansas, Inc. Licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.