

FORMULARIO DE QUEJA

Este formulario es para ayudarle a presentar una queja. Lo puede llenar y enviarnoslo. O puede escribir una carta e incluir esta información en su carta. Envíe este formulario o su carta por correo a:

**Nebraska Total Care
Grievances**
2525 N. 117th Ave
Omaha, NE 68164
Fax 1-844-655-0567

EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR

Nombre del miembro: _____

Núm. de identificación (ID) del miembro: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del miembro: _____

Divulgue la información que tiene sobre la queja. Si está relacionado con una solicitud de autorización, proporcione la autorización o el número de seguimiento.

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** _____

[FIRMA DEL AFILIADO, PADRE/MADRE O TUTOR*]

Relación con el afiliador

Afiliado Padre/Madre Tutor* Poder notarial*

*Se debe proveer al plan de salud los documentos que muestran Tutoría legal o Poder notarial