



MEMBER APPEAL/GRIEVANCE FORM
FORMA DE APELACIÓN/QUEJA PARA MIEMBROS

ID # (El número de identificación de su tarjeta médica): _____

Name (Nombre): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Social Security Number (Número de Seguro Social): _____

Date of complaint /appeal (Fecha de queja o apelación): _____

Name of the person you spoke to (El nombre de la persona con cual usted hablo): _____

Specify if you would like your benefits to stay the same during appeals process. (Especifique si usted quisiera que sus beneficios permanezcan igual durante el proceso de las súplicas.) Yes (si) No (no)

Type of complaint/appeal (Tipo de queja o apelación):

Discussion (Discusión):

Signature (Firma): _____

Date (Fecha): _____