



FORMULARIO DE QUEJA Y APELACIÓN

Núm. de identificación del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono particular: _____

IMPORTANTE: A continuación, describa el motivo de su queja/apelación, así como cualquier información que considere que debería tenerse en cuenta durante la revisión de su queja/apelación: (Use hojas adicionales si es necesario. Si su queja/apelación está relacionada con facturas sin pagar, adjunte una copia de la factura o un formulario de reclamación completo). Complete, firme y envíe esta solicitud por correo a la dirección indicada en el formulario.

Firma del afiliado y/o del representante autorizado: _____	Fecha: _____
---	-------------------------

Envíe este formulario por correo y/o fax a:
Clear Health Alliance
Attn: Grievance & Appeals Department
9250 W. Flagler Street Suite 600
Miami, Florida 33174
Fax: 1(866) 887-8943

También puede comunicarse con el departamento de Servicios para Afiliados en caso de que necesite ayuda para completar los formularios.

O bien, si tiene preguntas, llámenos al 1-877-577-9043 o TTY 711. Para obtener más información sobre sus derechos, revise la sección Quejas y apelaciones en su Manual del afiliado. Puede encontrarlo en Internet: www.clearhealthalliance.com.

Atentamente,

Departamento de Quejas y Apelaciones

Aviso de no discriminación

Clear Health Alliance cumple con las leyes sobre derechos civiles federales. No discriminamos a las personas por estas cuestiones:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Edad
- Discapacidad
- Sexo o identidad de género

Esto significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos diferente por estos motivos.

Para nosotros es importante comunicarnos con usted.

Para las personas que tienen una discapacidad o que hablan un idioma que no sea inglés, ofrecemos los siguientes servicios de forma gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Material impreso en tamaño de letra grande, en formato de audio, electrónico y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en el idioma que habla
- Material impreso en el idioma que habla

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Afiliados que aparece en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro coordinador de quejas al 1-305-921-2630 (TTY 711).

Sus derechos

¿Cree que no obtuvo estos servicios o que lo discriminamos por las razones antes mencionadas? De ser así, puede presentar una queja (reclamo). Puede presentarla por correo, correo electrónico, fax o teléfono:

Grievance Coordinator
9250 W. Flagler St. Suite 600
Miami, FL 33174

Teléfono: 1-305-921-2630

Fax: 1-786-441-8183

Correo electrónico: ewilliford@simplyhealthcareplans.com

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a nuestro [Grievance Coordinator] al número que se indicó antes. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

- **En el sitio web:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Esta información está disponible en otros idiomas de manera gratuita. Comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente, al 1-877-577-9043 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m., hora del este.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-877-577-9043 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.