



home state health

Formulario de queja, apelación, problema o recomendación

Si desea presentar una queja, apelación, problema o recomendación, complete este formulario. Si decide no completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. El formulario completado o su carta deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Para Apelaciones:
Ambetter de Home State Health
Attn: Appeals Department
7711 Carondelet Ave. St.
Louis, MO 63105
Fax: 1-855-805-9812

Para Quejas y problemas:
Ambetter de Home State Health
Attn: Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
Fax: 1-833-886-7956

Comuníquese con nosotros por teléfono al: 1-855-650-3789 (TTY 711)

Nombre del (de la) afiliado(a): _____

Núm. de ID del (de la) afiliado(a): _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del (de la) afiliado(a): _____

Para presentar una apelación, anote el número de seguimiento/autorización de la decisión desfavorable: _____

Información adicional para apoyar la queja, apelación, problema o recomendaciones (o adjuntos):

Afiliado(a) o representante: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Fecha: _____

*** Usted debe presentar una apelación en un plazo de 180 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación.**

*** Usted debe presentar una queja en un plazo de 90 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación.**

Usted puede presentar una apelación o una queja en un plazo de 180 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación. Para obtener más información, visite www.ambetter.com o llame al 1-855-650-3789. Este formulario es una herramienta de comunicación y no constituye un contrato. Los términos y condiciones de su póliza de seguro de salud aplican. © 2024 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados. AMB19-MO-C-00340