VERDA

Formulario de Queja (Reclamación)

Sección A: Información del Miembro

Apellido:	Nombre:	Inicial:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Fecha del incidente (MM/DD/AAAA):	
Dirección	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono en la tarde:	Teléfono en el día:	Horario de contacto (por favor especifique cuándo prefiere ser llamado):	
Por favor marque una opción: ☐ Verda Noble Care (HMO) ☐ Verda Noble Care (HMO C-SNP)		ID del miembro:	

Sección B: Por favor indique brevemente el motivo de su queja (adjunte páginas adicionales si es necesario)

Sección C:

Certifico que las declaraciones hechas en esta queja son verdaderas y correctas según mi información y creencia

Firma:_____ **Fecha:** _____

Si la queja es presentada por un representante personal en nombre del individuo, complete lo siguiente y marque la casilla correspondiente.

Nombre del representante personal:_____

Firma:_____ **Fecha:**_____

☐ Tutor legal ☐ Poder notarial ☐ Albacea/Conservador ☐ Otro: _____

Por favor devuelva este formulario a: Verda Health Plan
Attn: Grievance & Appeals
7755 Center Ave, Suite 1200
Huntington Beach, CA 92647

Fax: 714-845-9839

Email: GandA@VerdaHealthcare.com