



FORMULARIO DE SOLICITUD DE QUEJAS Y APELACIONES DE MIEMBROS

PASO 1:

Por favor llame a un Representante de Servicios para Miembros para discutir su queja. Es posible que él o ella le ahorren tiempo y resuelvan su asunto(s). El Departamento de Servicios para los Miembros es disponible para ayudarlo al 1-833-742-3125 (TTY: 711), 8 a.m. - 8 p.m. MST, 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, 8 a.m. to 8 p.m. MST, lunes a viernes.

PASO 2:

Complete el formulario de Solicitud de Queja y Apelación del Miembro a continuación con la máxima información posible. También puede optar por enviar su propia carta describiendo sus inquietudes.

PASO 3:

Si usted nombra a alguien para que actúe como su representante con su queja o apelación, usted y su Nombramiento de Representante deben enviar un formulario de Nombramiento de Representante. Por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de El Paso Health al 1-833-742-3125 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m. MST, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes para que le envíe la forma de Nombramiento de Representante. Además, el formulario del Nombramiento de Representante está disponible a través de nuestro sitio web: [El Paso Health Advantage Dual SNP, Miembro, Formas](#)

Enviar todos los formularios necesarios juntos como se describió anteriormente apoyará una revisión oportuna.

Paso 4:

Una vez completado este formulario, puede devolver los formularios y/o el nombramiento legal de documentación representativa por fax al 1-915-298-7872 o por correo a:

El Paso Health Advantage Dual SNP
Atención: Departamento de Quejas y Apelaciones
P. O. Box 971100
El Paso, TX 79997

Nombre del Miembro:	Numero de Teléfono de día:
Dirección del Miembro:	Numero de Identificación del Miembro:
Fecha(s) del día de la queja o apelación:	Nombre del proveedor o instalación (si corresponde):

