

### Formulario de Quejas, Querellas y Apelaciones

| Fecha: | Hora: |
|--------|-------|
|        |       |

#### Sección A: Información

¿Quién está haciendo la solicitud?

Beneficiario  
  Custodio del Beneficiario  
  Representante Autorizado  
  Otro:

Nombre en letra del molde

Número de Teléfono  Otro Número de Teléfono

Número de Contrato  Número de GMP

Dirección

Ciudad  Código Postal

#### Sección B: Descripción de la Situación (si el solicitante no es el beneficiario, favor de incluir el nombre). Si usted necesita espacio adicional, por favor utilice la parte de atrás de este formulario.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

¿En la solicitud, se incluyó alguna información adicional?       Sí       No

Si ha seleccionado "Sí", por favor describa la documentación que se incluye:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Firma del Beneficiario o Representante Autorizado

#### Sección C: Solo para Uso Oficial de First Medical

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| Nombre del Oficial de Servicio<br><input type="text"/> | Oficina o Departamento<br><input type="text"/> | Ponche de Querellas y Apelaciones |
|--|--|-----------------------------------|

Seleccione el tipo de solicitud     
  Queja     
  Querella     
  Apelación





El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y Lenguaje de Señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales \*como; Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. al 1-844-347-7800. Usuarios audio-impeidos TTY/TDD deben llamar al 1-844-347-7805, libre de cargos.

*The Customer Service Department offers language and sign language interpreter services free of charge. This includes, service alternate formats such as; Braille, enlarged print and translation into other languages, verbal or written, among others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department Monday through Friday from 7:00 a.m. to 7:00 p.m. at 1-844-347-7800. Hearing impaired users TTY/TDD should call 1-844-347-7805, toll-free.*

**First Medical** cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. **First Medical** complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. **First Medical** 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人.

