EmblemHealth | UnitedHealthcare

Queja

IMPORTANTE: Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de su plan para saber cómo ejercer sus derechos.

A la persona que presenta la queja:

Usted tiene derecho a presentar una queja ante su plan de salud sobre las Prácticas de Privacidad del plan o el cumplimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de parte de este, o sobre las Normas y Procedimientos de Privacidad vigentes. Su queja será investigada y usted recibirá una respuesta por escrito. Usted no estará obligado a renunciar a ningún derecho que podría tener conforme a la ley de privacidad o cualquier otra ley estatal o federal para presentar su queja, tampoco la presentación de su queja afectará de manera adversa su inscripción en el plan de salud, sus derechos a recibir beneficios conforme al plan de salud ni el pago de sus reclamos conforme al plan de salud. Para ejercer este derecho, llene, firme y feche las Secciones A y B a continuación, luego presente esta queja según las instrucciones en su Aviso de Prácticas de Privacidad.

Si tiene preguntas, necesita información adicional o asistencia para llenar su queja, comuníquese con su Responsable de la Privacidad. Además de presentar una queja, o como alternativa a la presentación de una queja, ante el plan de salud, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

SECCIÓN A: Persona que presenta la queja

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Número de ID _____ Número de ID de miembro _____

SECCIÓN B: Queja de la persona

Describa su queja de forma concisa y sencilla:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Continúa)

SECCIÓN B: Queja de la persona *(continuación)*

Describa de forma concisa y sencilla la resolución que busca para su queja:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma de la persona

Certifico que, a mi leal saber y entender, las declaraciones realizadas en esta queja son verdaderas y correctas.

Firma _____ Fecha ___ / ___ / ____
MM DD AAAA

Si esta queja es presentada por un representante personal en nombre de la persona, llene los siguientes datos:

Nombre del representante personal _____

Relación con la persona _____

GUARDE UNA COPIA PARA SU ARCHIVO PERSONAL.

(Continúa)

USO EXCLUSIVO INTERNO

Investigación y procesamiento de la queja

Fecha de recepción de la queja ___/___/___ (MM DD AAAA)

Fecha en que la queja se transmitió al Responsable de la Privacidad ___/___/___ (MM DD AAAA)

Investigación realizada: _____

_____

Hallazgos y conclusiones: _____

_____

_____

Si se detecta un incumplimiento, se adoptarán medidas correctivas (incluida la sanción a cualquier miembro del personal que infrinja las Normas y Procedimientos de Privacidad, las Reglas de Privacidad u otras leyes federales o estatales, y la mitigación de cualquier efecto perjudicial del incumplimiento):

_____

_____

Informe sobre la queja enviado en ___/___/___ (MM DD AAAA) Adjunte una copia del informe sobre la queja.

Asunto concluido y cerrado en ___/___/___ (MM DD AAAA)

Firma

Corroboro que la información anterior es correcta.

Firma _____ Fecha ___/___/___ (MM DD AAAA)

Nombre en letra de molde _____ Título _____

Envíe su solicitud por correo postal o fax.

Correo:

NYCE PPO Plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

Fax: 888-742-4179

© 2025 United HealthCare Services, Inc. UMF0097-NYCE 1225 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.

EmblemHealth | UnitedHealthcare