EmblemHealth | UnitedHealthcare

# Formulario de Presentación de Queja Formal

Llene la siguiente información para presentar una queja formal ante el plan PPO para Empleados de NYC (NYCE PPO). Si desea expresar su insatisfacción con respecto a una decisión sobre un reclamo, presente un formulario de Solicitud de Apelación Posterior al Servicio. Si presenta esta queja formal en nombre de otra persona, incluya también con esta solicitud el formulario de Designación de Representante Autorizado.

## Información de la solicitud

Fecha de hoy ___/___/_____
MM DD AAAA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente ___/___/_____
MM DD AAAA

ID de miembro _____ Nombre del miembro _____

Elija el tipo de queja formal. Si su queja no entra dentro de ninguna de estas categorías, presente un formulario de Solicitud de Apelación Posterior al Servicio de NYCE PPO para garantizar su correcto procesamiento.

- ☐ Servicios no prestados
- ☐ Calidad del cuidado o servicio
- ☐ Fraude, uso indebido o abuso
- ☐ Error en facturación o cargos
- ☐ Calidad de servicio al cliente
- ☐ Plan de salud o beneficios
- ☐ Otros _____

¿Incluye los registros médicos u otros documentos con su queja formal? ☐ Sí ☐ No

**Tenga en cuenta:** Si no se presenta documentación, nuestra revisión se basará en la información que tenemos actualmente en nuestros archivos.

Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que llena el formulario, para que el plan NYCE PPO pueda comunicarse con ella en caso de duda:

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono ___-___-_____

Descripción de la queja formal _____

_____

_____

_____

Envíe el formulario completado por correo junto con la documentación médica de respaldo a:

**NYCE PPO Grievance, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121**

© 2026 EmblemHealth. Todos los derechos reservados.
© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. UMF0174-NYCE-SP 0126 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.