



## FORMULARIO DE QUEJA Y APELACIÓN

Núm. de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: A continuación, describa el motivo de su queja/apelación, así como cualquier información que considere que debería tenerse en cuenta durante la revisión de su queja/apelación: (Use hojas adicionales si es necesario. Si su queja/apelación está relacionada con facturas sin pagar, adjunte una copia de la factura o un formulario de reclamación completo). Complete, firme y envíe esta solicitud por correo a la dirección indicada en el formulario.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del afiliado y/o del representante autorizado:  _____	Fecha:  _____
---	---------------------

Envíe este formulario por correo y/o fax a:  
Better Health  
Attn: Grievance & Appeals Department  
9250 W. Flagler Street Suite 600  
Miami, Florida 33174  
Fax: 1(866) 887-8943

También puede comunicarse con el departamento de Servicios para Afiliados en caso de que necesite ayuda para completar los formularios.

O bien, si tiene preguntas, llámenos al 1-800-514-4561 o TTY 711. Para obtener más información sobre sus derechos, revise la sección Quejas y apelaciones en su Manual del afiliado. Puede encontrarlo en Internet: [www.betterhealthflorida.com](http://www.betterhealthflorida.com).

Atentamente,

Departamento de Quejas y Apelaciones

### **Aviso de no discriminación**

Better Health, Inc. cumple con las leyes sobre derechos civiles federales. No discriminamos a las personas por estas cuestiones:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Edad
- Discapacidad
- Sexo o identidad de género

Esto significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos diferente por estos motivos.

### **Para nosotros es importante comunicarnos con usted.**

Para las personas que tienen una discapacidad o que hablan un idioma que no sea inglés, ofrecemos los siguientes servicios de forma gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Material impreso en tamaño de letra grande, en formato de audio, electrónico y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en el idioma que habla
- Material impreso en el idioma que habla

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Afiliados que aparece en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro coordinador de quejas al 1-305-921-2630 (TTY 711).

### **Sus derechos**

¿Cree que no obtuvo estos servicios o que lo discriminamos por las razones antes mencionadas? De ser así, puede presentar una queja (reclamo). Puede presentarla por correo, correo electrónico, fax o teléfono:

Grievance Coordinator  
9250 W. Flagler St. Suite 600  
Miami, FL 33174

Teléfono: 1-305-921-2630

Fax: 1-786-441-8183

Correo electrónico: [ewilliford@simplyhealthcareplans.com](mailto:ewilliford@simplyhealthcareplans.com)

**¿Necesita ayuda para presentar una queja?** Llame a nuestro [Grievance Coordinator] al número que se indicó antes. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

- **En el sitio web:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue  
SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

*Esta información está disponible en otros idiomas de manera gratuita. Comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente, al 1-800-514-4561 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m., hora del este.*

*This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-800-514-4561 (TTY 711) Monday through Friday from 8 a.m. to 7 p.m. Eastern time.*