



Departamento de Seguro de Illinois

Productos de Seguro de Salud Formulario de Queja del Consumidor

Illinois Department of Insurance
320 West Washington Street
Springfield, IL 62767-0001
877-527-9431 (toll free)
217-524-4872 (TDD)
<http://insurance.illinois.gov>

Actualizado - 12/11/2017

Este formulario debe estar completado en su totalidad. Si alguno de los campos no se completa luego de la presentación, será rechazado.

Información del Paciente

Apellido		Nombre		Inicial	
Dirección		Ciudad	Estado	Zip	
Teléfono		Correo Electrónico			

Información de la Seguranza

Nombre de la Compañía de Seguro			Identificación de la Póliza		
Nombre del titular de póliza			Nombre del empleador/patrocinador		
Fecha de servicio(s) de Reclamación			Número de Reclamación		
Tipo de Cobertura	Salud/PPO	HMO	Discapacidad	Cuido a Largo Plazo	Suplemento de Medicare
Otro (por favor especifique)					

Describa el procedimiento, tratamiento o medicamento que se le niega y por qué no está de acuerdo

--

Por favor adjunte toda la documentación de respaldo, incluyendo una copia de la parte frente y posterior de la tarjeta de identificación del seguro.

El consentimiento del paciente para consultas, quejas y divulgación de registros médicos

Paciente, Padre de un Menor de Edad o Representante Legal

(Representante Legal - tutor, abogado , ejecutor o administrador - DEBE adjuntar documentación oficial).

Al firmar a continuación, autorizo la publicación de los registros médicos necesarios para esta revisión. Entiendo que estos registros se pueden obtener por la aseguradora, la empresa de revision de utilizacion, y/o cualquier proveedor(es) médico(s) médico(s) relevante(s) y será utilizado únicamente con el propósito de realizar esta revision y puede ser vista por un auditor del Departamento de Seguro para la revisión de la calidad y la examinación de los propósitos del registro.

Firma del Paciente, Padre de un Menor de
Edad o Representate Legal SOLAMENTE _____

Fecha _____

SI USTED NO ES EL PACIENTE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Por favor complete la forma "Nombramiento de Representate Autorizado" y envíe con esta solicitud.

Return this request and supporting attachments to:

Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
External Review Request
320 W. Washington Street
Springfield, IL. 62767

Número de Fax - 217-558-2083

Página Web del Centro de Mensajes - <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Correo Electrónico - consumer_complaints@ins.state.il.us