



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 - 5/29/2019

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(s)			
Nombre		Inicial del segundo nombre(s)	
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo Electrónico	

Información del Seguro

Nombre de la Compañía de Seguro		Identificación de la Póliza			
Nombre del titular de póliza	Nombre del empleador/patrocinador				
Fecha(s) de servicio(s) de Reclamación	Número(s) 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 apoyo, 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, poder legal, 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 revisión de utilización, y/o cualquier proveedor(es) médico(s) relevante(s) y será utilizado únicamente con el propósito de realizar esta revisión 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 Representante Legal SOLAMENTE _____

Fecha _____

SI USTED NO ES EL PACIENTE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL

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

Devuelva esta solicitud y los archivos adjuntos de apoyo a:

Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
Health Product Complaints
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