

Clover Health

Formulario de reclamo

Un reclamo es una queja formal que los miembros pueden presentar cuando no están satisfechos con la manera en que Clover Health, o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, le proporcionaron servicios de atención médica. Un reclamo puede incluir una queja acerca de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con determinaciones de cobertura ni de pago. Debe presentar el reclamo en el plazo de los 60 días siguientes al evento o incidente.

Puede enviar el formulario completado a:

Clover Health
Attention: Grievances
PO Box 21672
Eagan, MN 55121
Fax: (551) 227-3962

También puede presentar un reclamo llamando al Servicio para Miembros al **1-888-778-1478** (TTY 711), entre las 8 am y las 8 pm, hora local, los 7 días de la semana*.

Quién puede presentar un reclamo: Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente un reclamo en su nombre, esa persona debe ser su representante. Consulte la documentación requerida y la información sobre cómo designar a un representante en la página siguiente.

Información del miembro:		
Nombre del miembro:		
N.º de identificación de miembro:	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Teléfono: (____) ____ - ____
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (____) ____ - ____	Correo electrónico:	

Complete esta sección SOLO si la persona que presenta el reclamo no es el miembro. Si usted es el miembro, pase a la siguiente sección.

Nombre del representante:

Relación del representante con el miembro:

Teléfono:

(_____) _____ - _____

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Email:

Documentación de representación para reclamos presentados por alguien que no es el miembro:

Adjuntar documentación que demuestre que esta persona posee la autoridad para representar al miembro. Esta documentación puede incluir un Formulario de nombramiento de representante (Appointment of Representative, AOR) (disponible en cloverhealth.com/aor) u otra documentación legal que demuestre que la persona es un representante legal conforme a las leyes estatales, p. ej., un tutor designado por un tribunal, una persona que tiene un poder notarial duradero, un representante de atención médica o una persona designada conforme a un estatuto de consentimiento de atención médica. Para obtener más información sobre la designación de un representante o para solicitar que se le envíe el AOR por correo, comuníquese con el Servicio para Miembros llamando al **1-888-778-1478** (TTY 711), entre las 8 am y las 8 pm, hora local, los 7 días de la semana*. También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY/TDD 1-877-486-2048).

Tipo de reclamo

Elija una de las siguientes opciones: ☐ Beneficios médicos ☐ Beneficios de farmacia ☐ Otro

Descripción del reclamo (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Firma: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____ / _____ / _____

*Desde el 15 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días festivos.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) cada uno con su propio contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.