BlueCross BlueShield of Tennessee

QUEJA

Propósito: Este formulario se utiliza para que una persona presente una queja sobre nuestras prácticas de privacidad o cumplimiento.

Para la persona que presenta una queja:

Usted tiene derecho a presentar una queja ante nosotros sobre nuestras prácticas de privacidad o nuestro cumplimiento con nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad, nuestras Políticas de Privacidad y Procedimientos o la ley o las reglas estatales o federales de privacidad. Investigaremos su queja y le daremos nuestra respuesta por escrito. No le exigiremos que renuncie a ningún derecho que pueda tener en virtud de la ley estatal o federal de privacidad u otra ley para presentar su queja, ni presentar su queja afectará negativamente su inscripción en nuestro plan de salud, su elegibilidad para los beneficios según nuestro plan de salud o nuestro pago de sus reclamaciones según nuestro plan de salud.

Si tiene alguna pregunta, si necesita información adicional o asistencia para completar su queja, comuníquese con nosotros al teléfono arriba indicado. Puede, además o en lugar de presentar una queja ante nosotros, presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (United States Department of Health and Human Services). Para obtener información acerca de los procedimientos para hacer eso, comuníquese con nosotros al teléfono arriba indicado.

SECCIÓN A: Persona que presenta una queja.

Información del miembro: Inserte información acerca de la persona que presenta una queja.

Nombre del miembro: _____
Dirección del miembro: _____
_____
Número de teléfono del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____
Fecha de nacimiento del miembro: _____
N.° del Seguro Social del miembro (opcional): _____
Dirección de correo electrónico del miembro: _____

SECCIÓN B: Queja de la persona.

Describa su queja en forma detallada:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

FIRMA DE LA PERSONA.

Certifico que las declaraciones realizadas en esta queja son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta queja es presentada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA QUEJA.

BlueCross BlueShield of Tennessee
Privacy Office
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, TN 37402
(888) 455-3824

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un licenciatario independiente de BlueCross BlueShield Association
® Marcas registradas de BlueCross BlueShield Association, una Asociación de los Planes de BlueCross BlueShield Independientes

Revisado 07/2012