

# YOU MUST RETURN FORM FOR PROMPT RESOLUTION OF YOUR COMPLAINT



## MEMBER COMPLAINT FORM

Date: \_\_\_\_\_

Member Name: \_\_\_\_\_ Member ID: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Daytime Telephone Number: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

\*Person Filing Complaint: \_\_\_\_\_ Relationship to Member: \_\_\_\_\_

\*(Must be authorized to act as a Personal Representative for the Member.)

### Type of Complaint: (Check one)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quality of Care or Service | <input type="checkbox"/> Access/Availability of Services | <input type="checkbox"/> Utilization Review/ Mgmt |
| <input type="checkbox"/> Complaint Procedures       | <input type="checkbox"/> Physician/Provider Contract     | <input type="checkbox"/> Group/Indiv. Contract    |
| <input type="checkbox"/> Marketing                  | <input type="checkbox"/> Claims Processing               | <input type="checkbox"/> Miscellaneous            |

### Description of Complaint:

1. Please explain your complaint (use additional sheets if necessary): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. What date(s) did the issue occur? \_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_

3. Have you discussed this complaint with CFHP / provider staff?  Yes  No

If yes, with whom? (list names) \_\_\_\_\_

If yes, what was said? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. How would you like to see your complaint resolved?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# USTED DEBE DEVOLVER ESTA FORMA PARA RESOLVER SU QUEJA INMEDIATAMENTE



## FORMA DE QUEJA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Miembro: \_\_\_\_\_ ID de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\*Persona presentando la queja: \_\_\_\_\_ Relación con Miembro: \_\_\_\_\_

\*(Debe ser autorizado para actuar como Representante Personal del Miembro.)

### Tipo de Queja: (Escoja una)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Calidad de Cuidado o Servicio | <input type="checkbox"/> Acceso / Disponibilidad de Servicios | <input type="checkbox"/> Revisión de Utilización    |
| <input type="checkbox"/> Proceso de Reclamos           | <input type="checkbox"/> Contrato de Doctor / Proveedor       | <input type="checkbox"/> Contrato de Grupo / Indiv. |
| <input type="checkbox"/> Mercadeo                      | <input type="checkbox"/> Procesamiento de Reclamos            | <input type="checkbox"/> Diversos                   |

### Descripción de la queja:

1. Favor de explicar su queja (use paginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Fecha(s) de lo sucedido? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

3. ¿Haz discutido tu queja con CFHP o personal del proveedor / doctor?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa:  
¿Con quién? (liste los nombres) \_\_\_\_\_

¿Qué se dijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Cuál sería una resolución satisfactoria?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_