

FORMULARIO DE QUEJAS DE MIEMBROS

LINEA DE NEGOCIOS INVOLUCRADO *(marque todos que aplican)*

- Access Behavioral Care
- CHP+ ofrecido por Colorado Access
- Accountable Care Collaborative
- CHP+ State Managed Care Network

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Nombre de guardian del miembro (si aplicable): _____

Número de teléfono: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA *(si necesario, escriba en la parte posterior de este formularioo incluya otra página)*

Fecha(s) de incidente: _____

Persona(s) o proveedor(es) involucrada _____

Por favor, explique: _____

Envíe a:
Grievance and Appeals Department
PO Box 17950
Denver, CO 80217-0580

Para hablar con alguien directamente, llame a nuestro departamento de quejas al 877-276-5184.
Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 888-803-4494.