Formulario de queja formal de los miembros

ANTES DE EMPEZAR:

Absolute Total Care revisará y resolverá su queja formal lo antes posible y en un plazo de **90 días naturales**. Si se necesita tiempo adicional, o si se requiere más información y la demora redunda en su beneficio, podemos extender la revisión hasta **14 días naturales**. Si se aplica una extensión, se le notificará a usted o a su representante autorizado por teléfono y por escrito.

Usted puede autorizar a un proveedor o a otra persona para que actúe en su nombre completando un **Formulario de Designación de Representante Autorizado,** disponible en nuestro sitio web en absolutetotalcare.com.

Para obtener detalles adicionales, consulte su Manual del Miembro. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, contacte a Servicios para Miembros.

CÓMO PRESENTARLA:

Correo postal: Absolute Total Care
Attn: Grievance and Appeals
100 Center Point Circle, Ste. 100
Columbia, SC 29210

Fax: 1-866-918-4457
Correo electrónico:
ATC-Appeals_Grievances@centene.com
Teléfono: 1-866-433-6041 (TTY: 711)

Sección 1: Información del miembro

Nombre del miembro: _____

Identificación (ID) del miembro: _____ **Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Método de contacto preferido

☐ Teléfono
☐ Correo electrónico
☐ Correo postal
☐ Otro: _____

Se necesita ayuda con el idioma o la comunicación

☐ No
☐ Sí, describa: _____

©2026 Absolute Total Care

Formulario de queja formal de los miembros

Sección 2: Persona que presenta esta queja formal

¿Quién presenta esta queja?

- ☐ Miembro
- ☐ Cónyuge
- ☐ Padre o madre/Tutor legal
- ☐ Representante autorizado
- ☐ Proveedor a nombre del miembro
- ☐ Otro: _____

Nombre de la persona que presenta la solicitud: _____

Relación con el miembro: _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Sección 3: Categoría de queja formal

¿De qué se trata esta queja? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Acceso a la atención o servicios
- ☐ Experiencia del proveedor
- ☐ Servicio al cliente
- ☐ Inquietud sobre facturación o pago
- ☐ Reembolso por servicio(s) pagado(s)
- ☐ Calidad del sitio de la oficina del proveedor
- ☐ Calidad de la atención
- ☐ Transporte
- ☐ Farmacia
- ☐ Problema médico
- ☐ Otro: _____

Sección 4: Datos de facturación

Complete esta sección únicamente si su queja formal se refiere a una inquietud sobre una factura o un pago.

Nombre del proveedor: _____ **Número de teléfono del proveedor:** _____

Número de cuenta: _____ **Monto facturado:** _____ **Fecha de servicio:** _____

¿Incluyó una copia de la factura?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No aplica

Continuar

©2026 Absolute Total Care

absolute total care
Healthy Connections

Formulario de queja formal de los miembros

Sección 5: Cuéntenos qué sucedió

Por favor, describa su queja formal. Incluya fechas, nombres, ubicaciones y cualquier otro detalle que pueda ayudarnos a revisar su inquietud.

Sección 6: Documentos de apoyo

¿Está incluyendo algún documento de apoyo?

☐ No
☐ Sí

En caso afirmativo, indique qué está enviando:

_____

_____

Los ejemplos pueden incluir facturas, cartas, correos electrónicos, información sobre citas u otros registros relacionados con su queja formal.

Sección 7: Firma

Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender.

Nombre: _____

Fecha: _____

©2026 Absolute Total Care