

INQUIETUDES Y RECOMENDACIONES

Ayúdenos a mejorar la manera en que servimos a nuestros afiliados

Siempre estamos buscando maneras de mejorar, así que si tiene inquietudes o ideas, ¡avísenos! Si no quiere usar este formulario, puede enviarnos en su lugar una carta que incluya la información de más abajo. ¡Gracias!

Nombre del afiliado: _____

Núm. de Medicaid del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Número de seguimiento (si corresponde; está en la esquina superior izquierda de la carta de denegación): _____

Su inquietud o recomendación (puede adjuntar más páginas si es necesario):

Firma (Afiliado o Representante del afiliado): _____

Teléfono durante el día: _____ Fecha: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Member Services
P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-866-768-9374



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.