



Formulario de Quejas

Programas del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) del TriWest Healthcare Alliance

Instrucciones

Si usted tiene alguna queja o agravio, en TriWest lo queremos saber.
Después de completar este formulario, envíelo por correo o fax a.

TriWest Healthcare Alliance
Congressional Relations & Customer Grievances
P.O. Box 41970 Phoenix, AZ 85080-1970

Fax: (602) 564-2523

Persona que completa la información

Nombre: _____ Apellido: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Relación al Veterano: Mismo Familia/Cuidador Proveedor Otro: _____

Información del Veterano

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 números de su SSN: _____
Número de teléfono: _____ ID de Miembro: _____
Correo electrónico (si procede): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información sobre la queja y/o agravio

Nombre del proveedor de atención médica (si procede): _____
Fecha(s) de incidencia(s): _____

Describa el origen de la(s) queja/agravio(s): Por favor sea lo más específico posible acerca del tema. Nos comunicaremos con usted si se necesita más información. Puede adjuntar páginas adicionales o documentación de apoyo.

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias por su(s) comentario(s). Uno de nuestros representantes se pondrá en contacto con usted en un plazo de siete (7) días laborables a partir de recibir el presente.

La Información recopilada con este formulario está sujeta a la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552A, según enmienda) y la Ley de portabilidad y protección de la información de salud de 1996 (HIPAA). Esta información se considerará para uso oficial únicamente y se protegerá en consecuencia. Cualquier persona responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido de esta información puede estar sujeta a una multa de hasta \$50,000 y/o a otras sanciones, según corresponda.