



# Departamento de Seguro de Illinois

## Productos de Seguro de Salud Formulario de Queja del Consumidor

Illinois Department of Insurance  
320 West Washington Street  
Springfield, IL 62767-0001  
877-527-9431 (toll free)  
217-524-4872 (TDD)  
<http://insurance.illinois.gov>

Actualizado - 5/29/2019

**Este formulario debe estar completado en su totalidad. Si alguno de los campos no se completa luego de la presentación, será rechazado.**

### Información del Paciente

Apellido(s)			
Nombre		Inicial del segundo nombre(s)	
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo Electrónico	

### Información del Seguro

Nombre de la Compañía de Seguro		Identificación de la Póliza
Nombre del titular de póliza	Nombre del empleador/patrocinador	
Fecha(s) de servicio(s) de Reclamación	Número(s) de Reclamación	
Tipo de Cobertura	Salud/PPO	HMO
	Discapacidad	Cuido a Largo Plazo
		Suplemento de Medicare
Otro (por favor especifique)		

### Describa el procedimiento, tratamiento o medicamento que se le niega y por qué no está de acuerdo

**Por favor adjunte toda la documentación de apoyo, incluyendo una copia de la parte frente y posterior de la tarjeta de identificación del seguro.**

**El consentimiento del paciente para consultas, quejas y divulgación de registros médicos**

**Paciente, Padre de un Menor de Edad o Representante Legal**

**(Representante Legal - tutor, poder legal, ejecutor o administrador - DEBE adjuntar documentación oficial).**

**Al firmar a continuación, autorizo la publicación de los registros médicos necesarios para esta revisión. Entiendo que estos registros se pueden obtener por la aseguradora, la empresa de revisión de utilización, y/o cualquier proveedor(es) médico(s) relevante(s) y será utilizado únicamente con el propósito de realizar esta revisión y puede ser vista por un auditor del Departamento de Seguro para la revisión de la calidad y la examinación de los propósitos del registro.**

Firma del Paciente, Padre de un Menor de  
Edad o Representante Legal SOLAMENTE \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SI USTED NO ES EL PACIENTE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL  
Por favor complete la forma "Nombramiento de Representante Autorizado" y envíe con esta solicitud.**

Devuelva esta solicitud y los archivos adjuntos de apoyo a:

Illinois Department of Insurance  
Office of Consumer Health Insurance  
Health Product Complaints  
320 W. Washington Street  
Springfield, IL. 62767

Número de Fax - 217-558-2083

Página Web del Centro de Mensajes - <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Correo Electrónico - [consumer\\_complaints@ins.state.il.us](mailto:consumer_complaints@ins.state.il.us)