



Oficina del Fiscal General
División de Protección al Consumidor
Unidad de Educación y Defensa de Salud
200 Saint Paul Place, Piso 16
Baltimore, Maryland 21202-2021

Línea Directa a la Defensa de Salud

(410) 528-1840

Línea Gratuita 1-877-261-8807

Fax (410) 576-6571

9:00 a.m. hasta las 4:30 p.m.
Lunes – Viernes

Formulario de Reclamaciones del Consumidor

INFORMACION DEL PACIENTE: Por favor complete la siguiente información en relación con el **PACIENTE** con el problema.

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre)	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Número telefónico de día	
Número telefónico por la tarde	
Fecha de nacimiento del paciente	
Correo Electrónico	

PERSONA HACIENDO EL RECLAMO: Por favor complete la siguiente información de la persona haciendo el reclamo

Nombre (Apellido, Nombre, inicial del Segundo nombre)	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Numero Telefónico de día	

Numero Telefónico por la tarde	
Correo Electrónico	
Relación al Paciente	

INFORMACION DEL PROVEEDOR DE SALUD: Por favor complete la siguiente informacion en relacion del proveedor de salud o negocio involucrado en el reclamo.

Nombre del proveedor de salud o Negocio	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Número de teléfono y de fax	
Correo Electrónico/ Pagina web	
Persona para contactar en la relación con el reclamo	

INFORMACION DEL SEGURO: Por favor complete la siguiente información solo si su reclamo involucra una compañía de seguro. (Copias de las tarjetas de seguro son aceptables.

Seguro Primario	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Número Telefónico	
Asegurado	
Numero de Póliza	
Día Efectivo	
Este reclamo concierne una póliza de Intercambio/ Mercado	SI NO NO SE

Esta póliza es por parte de su empleador	SI NO
Por favor incluya una copia de cualquier correspondencia usted haya recibido por parte de su aseguradora.	
👉 NO MANDE SUS ORIGINALES	

****Si otros proveedores de salud, negocios, o aseguradoras están involucrados en el reclamo, por favor aporte la misma información como pedido arriba por cada proveedor de salud/ negocio/ o aseguradora adicional.**

INFORMACION DEL RECLAMO

Por favor incluya una copia firmada de la Autorización Médica y copias de todas las facturas, recibos, explicación de beneficios del seguro (EBOs), tarjetas del seguro y cualquier otro papel relacionado con su reclamo. Tener copias de documentos relevantes nos permitirá asistirlo más rápido.

¿Ha recibido el servicio, cuidado o producto? _____

¿Entonces cuando recibió el servicio, cuidado o producto? _____

¿Qué tipo de producto o servicio está involucrado en la disputa?

Por favor díganos de su problema.

¿Cómo le ha respondido el negocio? ¿Con quién hablo?

¿Qué le gustaría que haga la aseguradora, proveedor o negocio para solucionar su reclamo?

¿Hay algo adicional que quiera agregar?