



MEMBER GRIEVANCE & APPEALS FORM FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES PARA MIEMBROS

Please complete this form and attach any related documents. Mail form and documents to:
Por favor complete este formulario y adjunte todos los documentos relacionados. Envíe este formulario y los documentos a:

**AHP Grievances
1000 Town Center Dr.
Suite 410
Oxnard, CA 93036**

You may also file a grievance by calling AmericasHealth Plan Member Services Department at **1-800-633-3313 / TTY 711**.
También puede presentar una queja llamando al Departamento de Servicios para Miembros de AmericasHealth Plan al **1-800-633-3313 / TTY 711**.

TODAY'S DATE FECHA DE HOY:	
[Redacted]	
MEMBER'S NAME NOMBRE DEL MIEMBRO:	
[Redacted]	
MEMBER'S DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO DEL MIEMBRO:	MEMBER'S ID NUMBER NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO:
[Redacted]	[Redacted]

INFORMATION ABOUT THE GRIEVANCE OR APPEAL | INFORMACIÓN ACERCA DE LA QUEJA O APELACIÓN

**This information becomes part of the permanent record; please write clearly and legibly.
Esta información pasa a formar parte del registro permanente; por favor escriba con claridad y de forma legible.**

Date of incident or denial | Fecha de los hechos o negación: _____

Describe the problem in detail (attach additional pages as necessary) | Describa el problema en detalle (adjunte páginas adicionales si es necesario):

[Redacted]

Signature of Member / Parent / Guardian (if member is a minor) | Firma del miembro / padre / tutor (si el miembro es menor de edad):

X: _____ Date | Fecha: _____

If you need assistance with this form, please call AHP Member Services Department at **1-800-633-3313 / TTY 711**.
Si necesita ayuda con este formulario, llame al Departamento de Servicios para Miembros de AHP al **1-800-633-3313 / TTY 711**.