KWAME RAOUL PROCURADOR GENERAL DE ILLINOIS
Departamento de Fraude de Salud
115 S. LaSalle St.
Chicago, Illinois 60603
Línea Roja: 1-877-305-5145; Número de Fax: 1-312-793-0802; Español: 1-866-310-8398
www.IllinoisAttorneyGeneral.gov

Su Información

Su Nombre: ☐Sr. ☐ Sra. ☐Srita.
_____
Dirección:
_____
Ciudad: Estado: Código Postal: Condado:
_____
Teléfono Durante el Día: Teléfono en la Tarde:
_____ _____
Correo Electrónico (opcional):
_____

Información del Paciente

Nombre del Paciente:
_____
Dirección:
_____
Ciudad: Estado: Código Postal: Condado:
_____
Número de Teléfono: Fecha de Nacimiento:
_____ _____

¿Persona de la Tercera Edad? ☐ Sí ☐ No

Su Queja Es Contra (Respondiente, por ejemplo, hospital, médico, farmacia, seguro, tienda naturista, etc.)

Nombre:_____ Persona Contacto:_____ Número de Teléfono:_____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:___ Código Postal:_____ Condado:_____

Número de Cuenta:_____ Fecha de Servicio:_____ ¿El reclamo está en colecciones? ☐Sí ☐No

Si está en colecciones, provea el nombre, número de teléfono, número de cuenta y persona contacto: _____

_____

Costo Total:_____ Cantidad Pagada:_____ Dinero Debido: _____ Quien lo Debe: (ej. compañía de seguro)_____

Como Pagó: (ej. efectivo, cheque, tarjeta de crédito):_____ ¿Se ha quejado con la compañía/el individuo? ☐ Sí ☐ No

Se quejó a través de: ☐Correo ☐ Teléfono ☐ En persona ☐Fax ☐Otro_____

Persona Contactada:_____ Puesto:_____ Número de Teléfono:_____

Respuesta:_____ Fecha de Respuesta:_____

¿Firmo un contrato? ☐Sí ☐No. Si firmó, por favor adjunte una copia.

¿Se le hizo promoción al producto? ☐Sí ☐No. Si es posible, por favor adjunte una copia de la promoción.

¿Quién lo refirió a nuestra oficina?_____ ¿Alguna acción de corte esta pendiente? ☐Sí ☐ No

¿Se ha presentado esta queja a otra agencia o a un abogado? ☐Sí ☐No. Si lo ha hecho, por favor provea el nombre y número de teléfono.

_____

Información del Seguro Primario Durante Tiempo de Servicio

Nombre del Seguro:_____ Persona Contacto:_____ Número de Teléfono:_____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:____ Código Postal:_____Condado:_____

Tipo de Plan: ☐HMO ☐PPO ☐Dental ☐Medicare ☐Suplemental ☐ Otro___ _____

Nombre de Empleo:_____ Número de Teléfono:_____ Asegurado por si mismo: ☐ Sí ☐ No

Dirección de Empleo:_____ Ciudad:_____ Estado:____ Código Postal:_____ Condado:_____

Persona Nombrada en la Póliza:_____ Grupo:_____ Número de Identificación: _____

Seguro Suplementario o Segundario Durante Tiempo de Servicio

Nombre del Seguro:_____ Persona Contacto:_____ Número de Teléfono:_____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:____ Código Postal:_____ Condado:_____

Tipo de Plan: ☐HMO ☐PPO ☐Dental ☐Medicare ☐ Suplemental ☐ Otro _____

Persona Nombrada en la Póliza:_____ Grupo:_____ Número de Identificación:_____

Descripción de Su Problema. (Por favor use otra(s) hoja(s) adicionales si es necesario. También, adjunte copias de todos sus documentos relacionados con su queja). POR FAVOR NO MANDE LOS ORIGINALES.

_____

_____

_____

_____

_____

Tipo de resolución/ ayuda que está buscando. (Por ejemplo, cambio, devolución, reparación, dinero, entrega de producto, etc.).

_____

Al presentar esta queja, yo entiendo que la Procurador General no es mi abogada privada, sino que representa al público para hacer cumplir leyes creadas para proteger al público contra prácticas comerciales engañosas o ilegales. También sé que si tengo alguna pregunta en relación con mis responsabilidades o derechos legales, debo ponerme en contacto con un abogado privado. No tengo ningún inconveniente u objeción a que el contenido de esta queja se envié al negocio o persona contra quien se dirige la queja, a lo menos que lo indique en la caja abajo. La queja indicada arriba es verdadera y exacta, a mi mejor saber y entendimiento.

_____ _____

Firma: Fecha:

☐ Indique aquí si sólo quiere notificar a nuestra oficina de su queja y no quiere que se inicie un proceso de mediación.