

Formulario de retroalimentación

Instrucciones: Por favor llene todas las secciones excepto la gris que se encuentra al final de la página.

Nombre: _____ **Fecha:** _____
(Por favor escríbalo en letra de molde)

Usted es (marque una): Participante Trabajador de servicio directo Agencia

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Por favor marque todas las casillas que apliquen: **Cumplido** **Sugerencia**

¿Desea que lo contactemos? Sí No ¿Cómo?: teléfono correo electrónico correo postal

Por favor describa el cumplido o sugerencia:

Por favor envíe el formulario completado por fax a:

Consumer Direct de Florida
Número sin costo: 1-877-344-0999

Para uso de la oficina de Consumer Direct:

Fecha en la que se recibió: ____ / ____ / ____ Firma: _____

Medidas tomadas: Resuelto No resuelto Enviado al administrador del programa
Plan: (Por favor utilice el reverso del formulario)



Questions?

We're here to help. United Healthcare Community & State.

Toll-Free 800-791-9233

and TTY/TTD 711,

Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 7:00 p.m.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 711.**

ATENÇÃO: Se não fala inglês, estão disponíveis serviços de assistência linguística sem nenhum custo para si. Ligue para o **1-800-791-9233, TTY 711.**