



**Sección A: Información del miembro**

Apellido		Nombre		Iniciales	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)			Fecha del incidente		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono en horario no laboral	Teléfono en horario laboral	Horario de contacto (Especifique el horario en que prefiere recibir llamadas)			
Marque una opción: <input type="checkbox"/> Verda Noble Care (HMO) <input type="checkbox"/> Verda Noble Care (HMO C-SNP)				N.º de ID del miembro	

**Sección B: Proporcione un motivo simple para su reclamo: (o agregue páginas de ser necesario).**

**Sección C: Firma**

Certifico que las declaraciones realizadas en este reclamo son veraces y correctas a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Si el reclamo es presentado por un representante personal en nombre del individuo, complete lo siguiente y marque la casilla correspondiente.

Nombre en letra de imprenta del representante personal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Tutor legal  Poder notarial  Albacea/Curador  Otro \_\_\_\_\_

Enviar este formulario a: Verda Health Plan of Texas  
Attn: Grievance & Appeals  
7755 Center Ave, Suite 1200  
Huntington Beach, CA 92647

Fax: 714-845-9839  
Correo electrónico:  
[GandA@VerdaHealthcare.com](mailto:GandA@VerdaHealthcare.com)