



Formulario de Quejas

Fecha: _____

Nombre: _____

ID#: _____

Problema:

El problema es un desacuerdo de reclamos, Usted pago por los servicios?

De ser asi, cuanto pago? _____

Como le gustaria que se resolviera el problema? _____

Por Favor envíe este formulario a la siguiente direccion:

Floridacare Health Plans
6840 SW 40 Street Suite 201A
Miami, FL 33155.