



FORMULARIO DE APELACIÓN PARA MIEMBROS COMMUNITY HEALTH CHOICE

Puede solicitar una apelación en los siguientes casos:

- si no está de acuerdo con la respuesta de Community Health Choice; o
- si cree que hemos cometido un error al rechazar los servicios médicos que solicitó.

Usted o su representante autorizado puede usar este formulario para presentar su apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de Community Health Choice si desea recibir asistencia.

FECHA DE HOY: _____ **N.º DE REFERENCIA DE LA AUTORIZACIÓN:** _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Número de ID del miembro	Nombre del miembro	Responsabilidad del miembro Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad, estado y código postal
Número de teléfono	Número de teléfono alternativo (opcional)	
Nombre del representante autorizado	Número de teléfono del representante autorizado	

TIPO DE APELACIÓN

Una **apelación acelerada** es aquella que se utiliza cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápida en función del estado de su salud y el tiempo que lleva el proceso de una apelación estándar podría poner en peligro su vida o la salud.

- Apelación estándar**
 Apelación acelerada
 Organización de Revisión Independiente (IRO) (solo para CHIP)

Describa brevemente su apelación:

Firma

Fecha

Envíe su formulario y toda documentación de respaldo por correo o por fax:

Community Health Choice
Attention: Appeals Coordinator
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054
Fax: 713.295.7033 / Attn: Appeals Coordinator