



# FORMULARIO DE APELACIÓN PARA MIEMBROS

Puede solicitar una apelación si:

- No está de acuerdo con la respuesta que dio Community Health Choice o
- Cree que cometimos un error al denegar los servicios médicos que solicitó.

Usted o su representante autorizado pueden utilizar este formulario para enviar su apelación. O llame a Servicios para Miembros de Community Health Choice para obtener asistencia.

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_ **No. de AUTORIZACIÓN DE LA REFERENCIA** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE MIEMBRO

Número de identificación del Miembro	Nombre de miembro	Fec. de Nac. del Miembro
Dirección		Ciudad, Estado, 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 cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápidamente en función a la condición de su salud y tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

- Apelación estándar**       **Apelación acelerada**       **IRO**

**Describe brevemente su apelación:**

---



---



---



---

**Firma**

**Fecha**

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

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