FORMULARIO DE APELACIÓN PARA MIEMBROS

COMMUNITY HEALTH CHOICE

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**

Describa brevemente su apelación:

_____

_____

_____

_____

_____

Firma **Fecha**

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

Community Health Choice
Attention: Appeals Coordinator
4888 Loop Central Dr. Suite 600
Houston, Texas 77081
Fax: 713.295.7033 / Attn: Appeals Coordinator