

FORMULARIO DE APELACIÓN

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar el servicio que su doctor solicitó, puede presentar una apelación usando el siguiente formulario dentro de los 60 días desde la fecha que aparece en la carta de denegación.

Su proveedor o cualquier otra persona que usted elija puede apelar en su nombre. Si designa a una persona para que lo represente, proporcione una carta de autorización firmada para que incluya junto con la apelación.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro:	Núm. de identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

TIPO DE SOLICITUD DE APELACIÓN: _____ **Estándar** _____ **Urgente**

Se puede procesar una apelación con urgencia si usted, su representante o su proveedor considera:

- Que la afección podría afectar seriamente su vida, su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones por completo.
- Que usted sufre de dolor agudo que no se puede controlar de manera adecuada sin el cuidado o el tratamiento, mientras espera la resolución de la apelación en los plazos estándares para las apelaciones.

PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD DE APELACIÓN: _____ Miembro _____ Proveedor
_____ Otra

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre de la persona que solicita la apelación en representación del miembro:

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Relación del solicitante con el miembro:

- _____ Miembro/padre/madre o tutor legal que solicita la apelación
_____ Representante del miembro que solicita la apelación de parte del miembro (debe contar con el consentimiento del miembro)
_____ Proveedor que solicita la apelación de parte del miembro (debe contar con el consentimiento del miembro)

DETALLES DE LA APELACIÓN:

Nombre del proveedor del servicio: _____

Tipo de servicio o artículo a proveer: _____

Número de referencia de la autorización (si lo sabe): _____

Fecha de servicio: _____ Tipo de servicio: Paciente hospitalizado__ Paciente ambulatorio __

Díganos la razón por la cual considera que HealthKeepers, Inc. debe cubrir este servicio o artículo.

Adjunte cualquier documento que respalde su apelación.

Sí, adjunto historias clínicas/documentos

Número de páginas adjuntas: _____

No, no adjunto historias clínicas/documentos

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Envíe esta solicitud y cualquier otro documento de relevancia por correo postal a:

Central Appeals Processing

HealthKeepers, Inc.

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Call toll free for translation or oral interpretation at no cost/Llame a la línea gratuita para servicios de traducción o interpretación sin cargo: 800-901-0020; TTY 711.

anthem.com/vamedicaid

HealthKeepers, Inc. es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Anthem HealthKeepers Plus, ofrecido por HealthKeepers, Inc., es un plan médico que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia para ofrecer beneficios de Medicaid a los inscritos.