

Formulario de apelación del miembro

Nombre del miembro: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección del miembro: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de identificación de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del doctor: _____

Apelación

¿Qué desea apelar? (Enumere los artículos, servicios o medicamentos que se rechazaron, aplazaron o modificaron) _____

¿Cuándo se rechazaron? (Especifique la fecha en que se rechazaron. Puede ser la fecha en su carta de notificación) _____

¿Por qué decidió apelar? (Explique por qué es medicamento necesario para usted) _____

Enumere los registros que envía con este formulario: (Por ejemplo, una copia de las notas de su doctor o una radiografía). _____

¿Ha recibido otros medicamentos o tratamientos? Sí No Si su respuesta es "sí", explique: _____

¿Necesitará ayuda con el idioma? Sí No Idioma: _____

Sus Derechos

Health Plan of San Joaquin me enviará la resolución de la apelación dentro de los 30 días de haberla recibido.

Mi colaboración es voluntaria.

Tengo derecho a darme de baja.

Tengo derecho a comunicarme con el Departamento de Cuidado Médico Controlado.

Tengo derecho a una audiencia imparcial estatal (miembros de Medi-Cal únicamente).

_____ Firma _____ Fecha

Autorizo a Health Plan of San Joaquin a obtener los registros médicos, registros de reclamos u otros registros. Estos se usarán para mi apelación.

_____ Firma _____ Fecha

¿Desea que su doctor presente una apelación por usted? Sí No Si su respuesta es "sí": Autorizo a mi doctor _____ (mencione el nombre del doctor) a presentar una apelación en mi nombre.

_____ Firma _____ Fecha

¿Alguien lo ayudó a llenar este formulario? Sí No Si su respuesta es "sí":

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Firma _____ Fecha

