



Formulario de apelación para miembros

Nombre del miembro _____

Apellido _____

Nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Dirección del miembro _____

Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

N.º de identificación de miembro _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo _____

Nombre del proveedor de cuidado primario _____

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 médicamente necesario para usted)

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

Formulario de apelación para miembros

¿Ha recibido otros medicamentos o tratamientos? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es “sí”, explique:

¿Va a necesitar ayuda con el idioma? ☐ Sí ☐ No

Idioma: _____

Sus derechos

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (“Health Plan”) 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 _____

Formulario de apelación para miembros

**Autorizo al Plan de Salud a obtener registros médicos,
registros de reclamos u otros registros. Se usarán para mi
apelación.**

Firma _____ Fecha _____

¿Desea que su doctor presente una apelación por usted?

☐ Sí ☐ No

Si respondió “Sí”: Autorizo a mi doctor, _____
(escriba el nombre del doctor), a presentar una apelación en
mi nombre.

Firma _____ Fecha _____



Formulario de apelación para miembros

¿Alguien le ayudó a completar este formulario? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “Sí”:

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Firma _____ Fecha _____