

# Solicitud de apelación interna



POWERED BY  
Collective Health

Usted tiene derecho a apelar las determinaciones adversas de beneficios. Estas pueden incluir las siguientes:

- Determinaciones de falta de elegibilidad para participar en el plan
- Determinaciones de que ciertos servicios no están cubiertos
- Rescisión de la cobertura
- Determinaciones de que ciertos tratamientos no son médicamente necesarios
- Rescisión de su membresía en este plan

Debe presentar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la determinación adversa de beneficios.

## información del paciente

Nombre del/de la paciente

Fecha de nacimiento del/de la paciente

Nombre del/de la suscriptor(a)

ID del/de la suscriptor(a):

## Servicios en disputa

Número de reclamación

Sí Fechas del servicio: \_\_\_\_\_  No  
¿Ya recibió estos servicios?

Nombre del proveedor

Dirección del proveedor

Indique la razón por la que cree que la decisión fue incorrecta (también puede adjuntar una carta con una explicación)

Además de este formulario, puede presentar cualquier documento o información adicional que respalde la apelación, si tiene alguno. Por ejemplo, los siguientes:

- Una carta o receta de su médico(a)
- Un recibo por el dinero que pagó
- Extractos relevantes de historias clínicas

Firma

Fecha (mm/dd/yyyy)

Yo soy el/la:  Paciente/Suscriptor(a)r  Progenitor(a)/Tutor(a) legal  Representante autorizado

\* Si usted no es el/la Participante del Plan y no cuenta con autorización para actuar en nombre del/de la Participante de conformidad con los términos del Plan, debe presentar documentación válida del/de la Participante en la que se le otorgue autorización para apelar en su nombre. Comuníquese con Collective Health si desea una copia del formulario de autorización.