



FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del afiliado asegurado: Haga clic o toque aquí para introducir texto. **N.º de id. del afiliado:** Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Nombre del representante que solicita la apelación (si es diferente del anterior): Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Dirección postal: Haga clic o toque aquí para introducir texto. **Número de teléfono:** Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Ciudad: Haga clic o toque aquí para introducir texto. **Estado:** Haga clic o toque aquí para introducir texto. **Código postal:** Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Tipo de denegación: Reclamo denegado (servicio recibido) Servicio denegado (aún no recibido)

Si está apelando la decisión de su aseguradora de denegar un servicio que aún no ha recibido, ¿podría un retraso de 30 a 60 días en la recepción del servicio causar un cambio negativo significativo en su salud?

Sí No

Si su respuesta es "Sí", puede tener derecho a una apelación acelerada. El proveedor médico que le atienda deberá firmar y enviar una certificación y la documentación que acredite la necesidad de una apelación acelerada.

¿A qué nivel desea apelar?

Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 (solicitud de revisión externa sin costo)

¿Qué decisión está apelando (qué desea que se pague o autorice)?

Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique por qué cree que Ambetter from Arizona Complete Health debería pagar o autorizar este servicio (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Haga clic o toque aquí para introducir texto.

**Asegúrese de adjuntar todo aquello que demuestre por qué usted cree que Ambetter from Arizona Complete Health debería pagar o autorizar el servicio solicitado, incluyendo cualquier expediente médico, cartas de su(s) médico(s), notas, folletos, etc. Si está solicitando una apelación acelerada DEBE incluir la certificación del proveedor médico que lo/a está tratando (hay un formulario disponible en nuestro sitio web).*

Envíe el formulario completado (o un documento con la misma información) a través de una de las siguientes opciones:

Correo electrónico: AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com	Fax: 877-615-7734	Dirección: Ambetter de Arizona Complete Health A la atención de: Appeal & Grievance PO Box 10341 Van Nuys, CA 91410
---	----------------------	---

Si necesita ayuda para rellenar el formulario o tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Servicio para afiliados llamando al 1-888-926-5057 TTY/TDD 1-888-926-5180.

Firma del asegurado o del representante autorizado

Fecha