



Formulario de solicitud de apelación

- Apelación estándar
- Apelación rápida (si su condición es urgente, consulte el manual del miembro para obtener más detalles)

Para solicitar una apelación, complete la información a continuación y envíenosla de regreso. Nos ayudará a revisar su solicitud. Le enviaremos una carta dentro de cinco días calendario para informarle que recibimos el formulario. También puede llamarnos al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. para solicitar una apelación por teléfono. Asegúrese de tener toda la información que figura a continuación para que podamos procesar su apelación lo antes posible. Si se trata de una apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del formulario para comunicarle nuestra decisión.

Nombre del miembro: _____

Nombre de la madre, el padre o el tutor legal (si el servicio es para un niño): _____

Número de identificación de Healthy Blue: _____

Número de teléfono del miembro: _____

Número de referencia (ubicado en su carta de denegación): _____

Nombre del médico que desea prestarle el servicio o que ya se lo prestó: _____

Dirección del consultorio del médico: _____

Número(s) de teléfono del consultorio del médico: _____ / _____

Tipo de servicios que desea o que recibió: _____

Por qué quiere recibir el servicio o por qué lo recibió: _____

Fecha en que recibió o desea recibir el servicio: _____

Motivo por el cual solicita una apelación: _____

Complete, firme y envíe este formulario a través de una de estas opciones:

- Fax: 888-873-7038
- Correo electrónico: la1appeals@healthybluel.com
- Correo postal:

Central Member Appeals Processing
 Healthy Blue
 P.O. Box 62429
 Virginia Beach, VA 23466-2429

Asegúrese de incluir un número de teléfono al que podamos llamarlo en caso de que tengamos alguna pregunta.

Al firmar este formulario, usted nos autoriza a obtener los registros médicos necesarios para completar una revisión administrativa.

Firma: _____
Miembro, padre/madre/tutor legal o representante aprobado*

Fecha: _____

* El miembro, el padre, la madre o el tutor legal deben designar al representante aprobado. El proveedor puede actuar en nombre del miembro si posee el consentimiento escrito del miembro y/o de la parte responsable. El representante aprobado no puede tomar decisiones sobre el cuidado médico que involucren la responsabilidad financiera del miembro, del padre, de la madre o del tutor legal, a menos que conste por escrito.

¿Necesita ayuda con su atención médica? ¿Necesita ayuda para leer lo que le enviamos o para hablar con nosotros? Llámenos al número gratuito 844-521-6941 (TTY 711) para conseguir esta información sin costo en otros idiomas o formatos.

myhealthybluel.com

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Louisiana, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.