

Formulario de solicitud de apelación del miembro

Colorado Community Health Alliance (CCHA) maneja sus beneficios y servicios de salud conductual de Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado). Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre sus beneficios o servicios de salud conductual, la cual se indica en la carta de aviso de determinación adversa de beneficios que recibió, usted o alguien que usted designe como su representante puede presentar una apelación.

Pasos para solicitar una apelación con este formulario:

1. Complete el formulario.
2. Si desea que un familiar, amigo, defensor o proveedor lo represente para esta apelación, esta persona debe completar la sección Representante designado del cliente en este formulario. Usted y su representante designado del cliente deben firmar esta sección.
3. Envíe el formulario por correo, fax o correo electrónico a:
CCHA Central Appeals Processing
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: 1-877-376-3194
Correo electrónico: BHAppealsIntake@anthem.com

No está obligado a completar este formulario para solicitar una apelación ante la CCHA. La carta de aviso de determinación de beneficios que recibió proporciona información sobre otras formas de presentar una apelación ante la CCHA.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

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

Núm. de identificación del miembro de Health First Colorado: _____

Número de referencia (en su aviso de determinación adversa de beneficios): _____

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

En Colorado, Medicaid se llama Health First Colorado. Cada miembro de Health First Colorado pertenece a una organización regional que administra su cuidado de la salud física o del comportamiento. Colorado Community Health Alliance es una organización regional que cuenta con una red de proveedores para asegurarse de que los miembros puedan recibir cuidado de la salud de manera coordinada.



Motivo por el cual solicita una apelación: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Miembro, padre, madre, tutor legal o representante designado

Consentimiento del representante designado del cliente

Si desea que alguien actúe como su representante durante su apelación, usted o su padre, madre o tutor legal debe dar su consentimiento por escrito a la CCHA. Su representante puede ser un familiar, amigo, defensor o proveedor. Al completar esta sección, usted acepta lo siguiente:

- Su representante puede ver su información médica privada.
- Su información médica puede estar en riesgo de ser divulgada.
- Su representante designado será su único representante durante esta apelación.
- Si desea que alguien actúe como su representante en futuras apelaciones, deberá completar este formulario nuevamente.
- Si decide no completar este formulario, su decisión no afectará su apelación ni sus beneficios de ninguna manera.
- Si usted es un menor de edad de 15 años o más, debe firmar este formulario para que alguien actúe como su representante. Su padre, madre o tutor legal no puede firmar este formulario por usted si tiene 15 años o más.

Nombre del miembro, padre, madre o tutor legal (si corresponde): _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Nombre del representante designado del cliente: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del representante: _____

Dirección del representante:

Ciudad Estado Código postal

Si necesita esta información en otro formato o idioma, comuníquese con los Servicios de ayuda para miembros de CCHA al 1-855-627-4685 (TTY 711).

Colorado Community Health Alliance (CCHA) cumple con las leyes federales de derechos civiles que correspondan y no discrimina sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. CCHA no excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.