Driscoll Health Plan Texas Department of Insurance Utilization Review Agent Licensure #1784904

**SOLICITUD DE APELACIÓN – CHIP Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por proporcionarnos su solicitud de apelación. Puede completar su apelación oralmente o por escrito. No es necesario que nos devuelva este formulario para procesar su apelación. Si completa este formulario, nos ayudará a trabajar en su solicitud.

**Nombre de la persona que solicita la apelación** (con letra de imprenta)

(Apellido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (M.I.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (código de área) (número)

Relación con el Miembro: (Marque una)

( ) Representante legalmente autorizado ( ) El miembro de la familia ( ) Amigo ( ) Proveedor ( ) Abogado ( ) Proveedor de Registro ( ) Miembro

**Información del Miembro:**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de identificación del miembro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: **/** / Número de teléfono: ( ) **-**

Dirección: Ciudad:

Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información del proveedor:** (*Proporcione la información del médico u otro profesional* *de la salud que sea el principal responsable de la atención, el tratamiento y los servicios brindados al miembro):*

Nombre: Número de teléfono: ( ) - Número de fax: ( ) -

Dirección: Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información relativa a la Apelación:**

Fecha original de servicio: **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** Fecha de denegación: **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Número de referencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de la apelación:

***Por favor, envíe cualquier documentación adicional que le gustaría considerar con esta apelación***

***Entregue este formulario a***: Driscoll Health Plan

 Quality Management Department

 Atención: Member Appeals Team

 4525 Ayers Street

 Corpus Christi, Texas 78415

 Número de fax: 361-808-2186

Si tiene alguna pregunta relacionada con el proceso de apelación, llámenos sin costo al 1-877-324-7543.

Un defensor para miembros le ayudará con el proceso.