

To ask for a health plan appeal, you can call Driscoll Health Plan at: 1-877-324-7543, email: DHP_QM_Appeals@dchstx.org, or you can fill out this form and mail or fax it to us.

Driscoll Health Plan
Utilization Management Department
Attn: Member Appeals Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, Texas 78415
Fax Number: 1-361-808-2186

You must request an appeal by: [date 60 days from the date on the day letter is generated]

If you want to continue your services during your appeal, you must make your request by:
[Appeal request due date]

Mark the appeal you want: (Only select one)

☐ Health Plan Appeal

☐ Emergency Health Plan Appeal*

**Emergency health plan appeals should only be requested if you believe your health will be seriously harmed by waiting for your health plan appeal decision.*

Authorization Reference Number: [Referral ID]

Do you want your services to continue? ☐ Yes ☐ No

You must request your services to continue by: **[Appeal request due date]**

You can make this request by phone. Call Driscoll Health Plan at 1-877-324-7543 if you think this form will not reach us by mail before the deadline.

Your Personal Information*

Member Name:	Parent or legal authorized representative:
Member Medicaid ID:	Preferred Phone Number

If any of your information has changed, call the enrollment broker at 1-800-964-2777 **OR Driscoll Health Plan at 1-877-324-7543.*

Your Authorized Representative's or Parent's Information

You can represent yourself. If you would like someone to represent you such as a parent, relative or friend, complete the following information. By completing this section, you are authorizing your designated representative to appeal and obtain information on your behalf.

Relationship to the Member: *(Please check one)*

() Legally Authorized Representative () Family Member () Friend () Provider () Attorney
() Provider of Record

Full Name: _____ **Phone:** _____
Address: _____ **City:** _____
State: _____ **Zip Code:** _____

Provider Information

Provide information about the doctor or other health care provider that has primary responsibility for the care, treatment, and services rendered to the member:

Name: _____ **Phone:** _____
Address: _____ **City:** _____
State: _____ **Zip Code:** _____ **Fax:** _____

Reason for Appeal

This section is optional. You can fill it out to tell us about your services under appeal and why you think they're needed.

Services Under Appeal:
Why you need them:

Sign this Form: By signing this form, you or your authorized representative are requesting an appeal and giving your health plan, Driscoll Health Plan, authorization to obtain your medical records and to contact your appeal representative, if you listed one.

If an authorized representative signs this form, that representative confirms that they have obtained verbal or written consent to file an appeal on the member's behalf. The authorized representative's signature also authorizes Driscoll Health Plan to receive the member's medical records and contact the member's appeal representative.

Member/Authorized Representative

Printed Name

Date:

Para solicitar una apelación a un plan médico, puede llamarnos al: 1-877-324-7543, enviar un correo electrónico a: DHP_QM_Appeals@dchstx.org, o puede completar este formulario y enviarnoslo por correo o por fax.

Driscoll Health Plan
Utilization Management Department
Atención: Member Appeals Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, Texas 78415
Número de Fax: 1-361-808-2186

La apelación debe solicitarse a más tardar el: [date 60 days from the date on the day letter is generated]

Si desea seguir recibiendo los servicios durante el proceso de apelación, deberá hacer la solicitud a más tardar el: **[Appeal request due date]**

Marque el tipo de apelación que desea: (Seleccione solo una)

☐ Apelación al plan médico

☐ Apelación de emergencia al plan médico*

** Las apelaciones de emergencia al plan médico solo deben solicitarse si cree que su salud se verá gravemente perjudicada al tener que esperar el resultado de la decisión sobre la apelación al plan médico.*

Número de referencia de la denegación: [Referral ID]

¿Desea seguir recibiendo los servicios? ☐ Sí ☐ No

Debe solicitar la continuación de sus servicios antes del: **[Appeal request due date]**

Puede hacer esta solicitud por teléfono. Llámenos al 1-877-324-7543 de Driscoll Health Plan si cree que este formulario no nos llegará por correo antes de la fecha límite.

Los datos personales de usted*

Nombre del beneficiario:	Padre, madre o representante autorizado:
Número de identificación de miembro de Medicaid:	Teléfono de preferencia:

**Si alguno de sus datos de contacto ha cambiado, llame al agente de inscripción al 1-800-964-2777 O Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543*

Información del representante autorizado o los padres

Usted puede representarse a sí mismo. Si desea que alguien le represente, por ejemplo, un padre, un familiar o un amigo, complete la siguiente información. Al llenar esta sección, usted autoriza a su representante designado a presentar apelaciones y obtener información en su nombre.

Relación con el miembro: (Marque uno)

☐ Representante legalmente autorizado ☐ Miembro de la familia ☐ Amigo ☐ Proveedor
☐ Abogado ☐ Proveedor de registro

Nombre completo: _____ **Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Estado: _____ **Código postal:** _____

Información del proveedor:

Proporcione información sobre el médico u otro proveedor de atención médica que tiene la responsabilidad principal de la atención, el tratamiento y los servicios prestados al miembro:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Estado: _____ **Código postal:** _____ **Número de Fax:** _____

Motivo de la apelación

Esta sección es opcional. Puede llenarla para informarnos sobre los servicios que son objeto de la apelación y por qué cree que los necesita.

Servicios objeto de la apelación:
Por qué los necesita:

Firme este formulario: Al firmar este formulario, usted o su representante autorizado están solicitando una apelación y dando a su plan médico, Driscoll Health Plan, la autorización para obtener sus expedientes médicos y ponerse en contacto con su representante para la apelación, si lo tiene.

Si un representante autorizado firma este formulario, ese representante confirma que ha obtenido consentimiento verbal o escrito para presentar una apelación en nombre del miembro. La firma del representante autorizado también autoriza a Driscoll Health Plan a recibir los registros médicos del miembro y comunicarse con el representante de apelaciones del miembro.

Firma del beneficiario/representante autorizado

Nombre en letra de molde

Fecha