**Fecha:** [**Date Notice is Mailed**]

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 enviárnoslo por correo o por fax.

Driscoll Health Plan

Quality Management Department

Attn: 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 notices is mailed]**

Si desea seguir recibiendo los servicios durante el proceso de apelación, deberá hacer la solicitud a más tardar el: **[date must be the later of the following: 10 days from the date this notice is mailed, or the date services will change]**

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: [Número]**

**¿Desea seguir recibiendo los servicios?**  \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

Debe solicitar la continuación de sus servicios antes del: **[date must be the later of the following: 10 days from the date this notice is mailed, or the date services will change]**

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:** |  |

**Provider Information**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.

|  |
| --- |
|  |
| **Firma del beneficiario/representante autorizado** |
|  |  |  |
| **Nombre en letra de molde** |  | **Fecha** |