

Formulario de Solicitud de Apelación del Miembro

Como miembro de Colorado Community Health Alliance (CCHA), administramos sus beneficios y servicios de salud del comportamiento de Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado). Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos acerca de sus beneficios o servicios de salud del comportamiento en la carta de Aviso de determinación adversa sobre beneficios que recibió, usted o alguien a quien designe como su representante puede presentar una apelación.

Pasos para solicitar una apelación:

1. Complete este formulario.
2. Firme el formulario. Para procesar su apelación, este formulario debe tener su firma o la de su representante designado.
3. Si desea que un familiar, amigo, abogado o proveedor lo represente en esta apelación, esta persona también debe completar la sección "Representante designado del cliente" de este formulario.
4. Envíe este formulario por correo o por fax a:
CCHA Central Appeals Processing
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: 844-452-8067

Si solicitó una apelación por teléfono, debe completar, firmar y enviarnos por correo o por fax este formulario en el plazo de 10 días hábiles a partir de su solicitud de apelación para que podamos procesarla.

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 de miembro de Health First Colorado:

Número de referencia (en su Aviso de determinación adversa sobre beneficios):

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

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 sea su representante durante la apelación, usted o su padre, madre o tutor legal deben proporcionar el consentimiento por escrito a CCHA. Su representante puede ser un familiar, amigo, abogado o proveedor. Al completar esta sección, acepta lo siguiente:

- Su representante puede ver su información de salud privada
- Su información de salud puede correr el riesgo de ser divulgada
- Su representante elegido será su único representante durante esta apelación
- Si desea que una persona diferente sea su representante en apelaciones futuras, deberá volver a completar este formulario
- Si decide no completar este formulario, su decisión no afectará la apelación ni los beneficios de modo alguno
- Si es menor de edad y tiene 15 años de edad o más, deberá firmar este formulario para que alguien actúe como su representante. Sus padres o su tutor legal no pueden firmar este formulario si es mayor de 15 años de edad.

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

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Consentimiento del representante designado del cliente:

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del representante:

Dirección del representante:

Ciudad

Estado

Código postal

1001263COMSPCAC 09/21

¿Necesita ayuda con el cuidado de la salud, para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos? Le ofrecemos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno. Llame a nuestra línea gratuita 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, sexo, orientación sexual o identidad de género. Para obtener más información, visite CCHAcares.com/non-discrimination-notice.