

P.O. Box 30196  
Salt Lake City, UT 84130-0196  
Teléfono **844-208-9012** (línea gratuita)  
Fax **801-442-0762**  
[selecthealth.org/medicare](http://selecthealth.org/medicare)



## SOLICITUD DE APELACIÓN / RECONSIDERACIÓN

### UTILICE ESTE FORMULARIO PARA QUEJAS SOBRE LA COBERTURA DE BENEFICIOS O UNA RECLAMACIÓN RECHAZADA

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro departamento de quejas y apelaciones al número que figura más arriba entre semana, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. También puede comunicarse sin cargo con Servicios para Miembros al **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horarios:

**El 1 de octubre al 31 marzo:** Lunes a viernes 7:00 a.m. to 8:00 p.m., el sábado y el domingo de 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

**El 1 de abril al 30 de septiembre:** Lunes a viernes 7:00 a.m. a 8:00 p.m, el sábado 9:00 a.m. a 2:00 p.m., cerrado el domingo.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY, por favor llame al 711.

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Proveedor \_\_\_\_\_

Nombre de paciente (persona mencionada en la queja) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha(s) de servicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Marque esta casilla si está solicitando una apelación acelerada (solo antes del servicio)

### A. LA RAZÓN DE SU APELACIÓN

**B. ¿QUÉ COMUNICACIÓN ESCRITA Y/O VERBAL HA RECIBIDO? ¿DE QUIEN?**

**C. ¿QUÉ LE GUSTARÍA QUE HICIÉRAMOS?**

**D. ¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE LO CONTACTEMOS SOBRE ESTA QUEJA?**

Email \_\_\_\_\_  Correo \_\_\_\_\_  Fax \_\_\_\_\_

**FIRMA**

Adjunte copias de cualquier documento relacionado (como referencias, reclamos, facturas o cartas de los médicos). **Envíelos por fax con este formulario completado al 801-442-0762. También puede enviarlos por correo a la dirección mencionada anteriormente.**

**AUTORIZO SELECTHEALTH PARA REVISAR MI QUEJA. ENTIENDO QUE ESTO PUEDE REQUERIR UNA REVISIÓN DE MIS REGISTROS MÉDICOS.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Miembro o Representante*

SelectHealth es un patrocinador del plan HMO, HMO-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en SelectHealth Advantage depende de renovación de contrato.