

## FORMULARIO DE APELACIÓN

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar el servicio que su doctor solicitó, puede presentar una apelación usando el siguiente formulario dentro de los 60 días desde la fecha que aparece en la carta de denegación.

Su proveedor o cualquier otra persona que usted elija puede apelar en su nombre. Si designa a una persona para que lo represente, proporcione una carta de autorización firmada para que incluya junto con la apelación.

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro:	Núm. de identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**TIPO DE SOLICITUD DE APELACIÓN:** \_\_\_\_\_ **Estándar** \_\_\_\_\_ **Urgente**

Se puede procesar una apelación con urgencia si usted, su representante o su proveedor considera:

- Que la afección podría afectar seriamente su vida, su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones por completo.
- Que usted sufre de dolor agudo que no se puede controlar de manera adecuada sin el cuidado o el tratamiento, mientras espera la resolución de la apelación en los plazos estándares para las apelaciones.

**PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD DE APELACIÓN:** \_\_\_\_\_ Miembro \_\_\_\_\_ Proveedor  
\_\_\_\_\_ Otra

### INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre de la persona que solicita la apelación en representación del miembro:  
\_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Relación del solicitante con el miembro:

- \_\_\_\_\_ Miembro/padre/madre o tutor legal que solicita la apelación  
\_\_\_\_\_ Representante del miembro que solicita la apelación de parte del miembro (debe contar con el consentimiento del miembro)  
\_\_\_\_\_ Proveedor que solicita la apelación de parte del miembro (debe contar con el consentimiento del miembro)

### DETALLES DE LA APELACIÓN:

Nombre del proveedor del servicio: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio o artículo a proveer: \_\_\_\_\_

Número de referencia de la autorización (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_ Tipo de servicio: Paciente hospitalizado\_\_ Paciente ambulatorio \_\_

**Díganos la razón por la cual considera que HealthKeepers, Inc. debe cubrir este servicio o artículo.**

---

---

---

---

---

**Adjunte cualquier documento que respalde su apelación.**

Sí, adjunto historias clínicas/documentos

Número de páginas adjuntas: \_\_\_\_\_

No, no adjunto historias clínicas/documentos

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Envíe esta solicitud y cualquier otro documento de relevancia por correo postal a:**

**Central Appeals Processing**

**HealthKeepers, Inc.**

**P.O. Box 62429**

**Virginia Beach, VA 23466-2429**

Call toll free for translation or oral interpretation at no cost/Llame a la línea gratuita para servicios de traducción o interpretación sin cargo: 800-901-0020; TTY 711.

**[anthem.com/vamedicaid](http://anthem.com/vamedicaid)**

HealthKeepers, Inc. es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Anthem HealthKeepers Plus, ofrecido por HealthKeepers, Inc., es un plan médico que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia para ofrecer beneficios de Medicaid a los inscritos.