

Como miembro de Highmark Health Options, puede solicitar una apelación. Puede solicitar la ayuda de un representante legal o interino para su apelación. Una apelación es una solicitud de revisión de un servicio de atención médica limitado o denegado. Esto incluye lo siguiente:

- Tipo o nivel de servicio.
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio.
- No proporcionar un servicio de manera oportuna.
- La denegación de Highmark Health Options de pagar total o parcialmente un servicio.

Encuentre más información en un documento denominado “Aviso de determinación adversa de beneficios” que se le envió por correo.

Cuándo presentar su apelación: este formulario debe completarse y recibirse en Highmark Health Options **dentro de los 60 días** de la fecha que figura en el “Aviso de determinación adversa de beneficios”.

Cómo enviar este formulario: utilice el sobre de respuesta adjunto para enviar por correo el formulario completado. Si no tiene un sobre de respuesta, envíelo por correo a:
Highmark Health Options
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230

Qué sucede a continuación: le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su formulario. Revisaremos la información que nos envió.

Use este formulario para otorgar su consentimiento a un representante legal o interino para que le ayude con su apelación.

Complete todo lo que pueda en el formulario e incluya la mayor cantidad de información posible.

Esté preparado para proporcionar lo siguiente:

Información del miembro: encuentre esto en su tarjeta de identificación de miembro.

Representante legal o interino del miembro: proporcione información sobre la persona que desea tener como su representante.

Información del servicio/reclamación: cuéntenos sobre el servicio, la reclamación o el artículo sobre el cual está apelando. Encuentre esta información en el “Aviso de determinación adversa de beneficios”.

Descripción de la apelación: díganos por qué está solicitando una apelación. Use papel adicional si es necesario.

Firmas: firme el formulario o pídale a su representante que lo firme.

¿Necesita ayuda?

Llame a Servicios para Miembros al 1-844-325-6251 o lea sobre el proceso de apelación en su Manual para Miembros.

Información del miembro		
Fecha de hoy	Número de identificación del miembro	Fecha de nacimiento
Nombre	Apellido	Número de teléfono principal
Dirección		
Ciudad, estado, código postal		

Representante legal del miembro <small>Si corresponde.</small>		
Nombre	Apellido	Número de teléfono principal
Dirección		
Ciudad, estado, código postal		

Representante interino del miembro		
Nombre	Apellido	Número de teléfono principal
Dirección		
Ciudad, estado, código postal		

Información del servicio/reclamación	
Número(s) de reclamación	Número(s) de referencia/autorización <small>Si corresponde.</small>
Nombre del proveedor	Fecha(s) de servicio

Breve descripción de los servicios que pueden apelarse

Entendiendo sus derechos

Yo, o mi representante legalmente designado si soy menor de 18 años o legalmente incompetente, autorizo al representante interino indicado anteriormente a presentar una apelación en mi nombre ante Highmark Health Options. Comprendo lo siguiente:

1. No puedo presentar una apelación con respecto a los servicios/artículos enumerados en este formulario de consentimiento a menos que yo o el representante interino mencionado anteriormente anulemos la autorización por escrito. Tengo derecho a rescindir la autorización en cualquier momento durante el proceso de apelación.
2. He leído, o me han leído, este formulario de autorización y me lo explicaron a mi entera satisfacción.
3. La información en el formulario de autorización otorga mi consentimiento al representante interino mencionado anteriormente para presentar una apelación en mi nombre.

Nombre y apellido del miembro, en letra de imprenta	Firma	Fecha

Si el miembro es menor de 18 años o no puede firmar:

Nombre y apellido del representante, en letra de imprenta	Firma
Relación con el miembro	Fecha: