

Formulario de Solicitud de Apelación

Si tiene una queja o una queja formal, complete y envíe este formulario a Humana para iniciar el proceso de apelación. Humana debe recibir el formulario completo **dentro de los 60 días** posteriores al evento que está apelando.

Si no completa y envía este formulario dentro de los 60 días, su apelación puede ser desestimada o denegada.

Proporcione todos los datos solicitados y explique el problema/la dificultad en detalle. Incluya los nombres de las personas de Humana con las que haya tratado y las fechas en que ocurrieron los eventos específicos. Use más papel si es necesario. Adjunte copias de cualquier documento de respaldo que desee que consideremos.

Información del Afiliado	
Nombre del afiliado:	Número de Identificación del Afiliado:
Dirección postal del afiliado:	
Ciudad, estado, código postal:	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Fecha del evento desencadenante:	
Tutor del afiliado (si corresponde):	
Número de teléfono del tutor:	

Representante autorizado (si lo hubiera)

Yo, _____, autorizo que _____ actúe como mi representante en relación con la apelación. Autorizo a mi representante a presentar pruebas, obtener hechos sobre mi apelación y recibir avisos sobre mi apelación. Sé que mi información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) puede ser divulgada a mi representante. Sé que mi PHI puede incluir información sobre trastornos o tratamientos relacionados con drogas o alcohol, trastornos o tratamientos de salud mental, y enfermedades contagiosas o no contagiosas. Al firmar este formulario, apruebo la divulgación de esta información. Mi representante podrá actuar libremente en mi nombre en la fecha y hora de la audiencia de apelación fijadas por Humana. No tengo un tutor legalmente designado, o mi tutor legalmente designado por la presente da su consentimiento a esta autorización.

Firma del afiliado

Fecha

Firma del representante

Fecha

Información del Representante

Dirección postal del representante:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Cuéntenos sobre su solicitud en el espacio a continuación. Sea lo más detallado posible y proporcione cualquier fecha que pueda. Incluya lo que le gustaría que Humana hiciera al respecto. (Si necesita más espacio, utilice otra hoja).

Aviso importante para los afiliados de SoonerSelect cuyos beneficios o servicios fueron interrumpidos o reducidos:

Debe solicitar una apelación y su apelación debe ser recibida por Humana. Su apelación debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de su aviso. Puede solicitar que sus servicios continúen mientras se revisa su apelación. Debe solicitar la continuidad de los servicios dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del aviso. También puede solicitar la suspensión de los servicios mientras se revisa su apelación. Si presenta una apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha del aviso y no solicita que se detengan sus servicios, estos continuarán durante el periodo de revisión.

Si **no** desea que los servicios o beneficios continúen mientras su apelación está pendiente, marque la **casilla** a continuación:

No quiero la continuación de los servicios o beneficios mientras se decide mi apelación.

Firma del afiliado

Fecha

Envíe este formulario a la siguiente dirección:



Humana
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 14163
Lexington, KY 40512-4163



Teléfono: **855-223-9868 (TTY: 711)**
Fax: 800-949-2961