



FORMA PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN POR UN MIEMBRO

Nombre del miembro: _____

Número de ID como miembro de UnitedHealthcare: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona postal: _____

Número de teléfono: _____

(Anote el número que prefiere para poder llamarle)

Tipo de la decisión de cobertura que usted está apelando:

_____ Reclamación o servicio negado, o

_____ Negación de autorización para un servicio que aún no se ha obtenido

Explique las razones por su apelación. Incluya fechas específicas del servicio que apela y los nombres de doctor(es), hospital(es) pertinentes a su apelación, etc. Así mismo, explique la razón por que la reclamación o el servicio deben cubrirse. Por favor, adjunte cualquier documento o records médicos que den validez a su apelación.

Por medio de mi firma declaro que UnitedHealthcare puede solicitar records médicos relacionados a mi apelación.

Firma *(si el miembro es mayor de 18 años, debe firmar y fechar esta forma)*

Para nombrar a un representante:

(En el caso en que alguien en lugar del miembro presenta esta apelación)

"Yo (su nombre) _____ designo a

(nombre del representante) _ _____

para que actúe como mi representante autorizado en el proceso de solicitud de mi apelación ante UnitedHealthcare."

Este representante autorizado debe también firmar y fechar esta forma en la parte inferior, a menos de que sea él o ella un(a) abogado(a).

Firma del representante autorizado

Fecha

Dirección del representante autorizado: _____

Ciudad, Estado, Zona postal del representante autorizado: _____

Teléfono del representante autorizado: _____

Envíe por correo o fax esta forma completada y cualquier otro(s) documento(s) adjunto(s) a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31364
Salt Lake City UT 84131
Número de fax: (801) 994-1082

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta forma, llame a Servicios para Miembros al 1-800-464-9484.