

Como miembro de Highmark Health Options, puede solicitar una 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: use el sobre de respuesta adjunto para enviar por correo el formulario completado y cualquier documento que nos ayude a revisar su solicitud de apelación. 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 el formulario y todos los documentos de respaldo que nos haya enviado.

¿Necesita ayuda?

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

Utilice este formulario para solicitar una apelación.

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

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

Información del paciente: brinde información sobre la persona para la que se realiza la solicitud. Si esta persona es la misma que el miembro, deje esta sección en blanco.

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.

Nombre y apellido en letra de imprenta: escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que figura en la sección Información del paciente si esa persona tiene 18 años o más, o escriba en letra de imprenta el nombre del padre, la madre o el tutor.

Firma: la persona mencionada en la sección Información del paciente debe firmar si esa persona tiene 18 años o más. Si esa persona es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor deben firmar.

Elija un representante autorizado: puede elegir que un representante autorizado le ayude con su apelación. Para designar a un representante autorizado, complete el Formulario de autorización de representación de apelación del miembro.

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		

Información del paciente <small>Si es la misma que arriba, deje en blanco.</small>		
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

Información del servicio	
Nombre del proveedor	Fecha(s) de servicio
Dirección del proveedor	Teléfono del proveedor

¿Se trata de un servicio que Highmark Health Options ha denegado?

Sí No No se aplica

Si no recibe este servicio, ¿su vida o su salud están en peligro inmediato?

Sí No No se aplica

¿Ya está recibiendo estos servicios?

Sí No No se aplica

¿Desea continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación?

Sí No No se aplica

Entendiendo sus derechos

1. Usted tiene derecho a presentar evidencia o alegatos de hecho o derecho, en persona o por escrito.
2. Usted o su representante autorizado tienen derecho a revisar cualquier información relacionada con su apelación, sin cargo.
3. Tiene derecho a que un miembro del personal de Highmark Health Options le ayude en el proceso de apelación.
4. Si usted es el representante autorizado de un miembro o un proveedor que realiza la presentación en nombre de un miembro, debe obtener el consentimiento por escrito del miembro.

Nombre y apellido en letra de imprenta	Firma
---	--------------