

FORMULARIO DE APELACIÓN

Este formulario es para su uso al presentar una apelación sobre la decisión del plan de no cubrir la atención médica o los medicamentos con receta médica. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros al 866-255-4795 (TTY 711 para personas con problemas auditivos), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE USTED:

Nombre del miembro: _____ N.º de ID. de miembro: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTACIÓN PARA APELACIÓN

Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "Representante" para presentar una apelación. Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante, conforme a la ley estatal. Si usted desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de servicios de salud u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de "Nombramiento de Representante" o visite nuestro sitio web en www.bndhmo.com/Members/Resources y desplácese hasta la parte inferior de la página en "Formularios". También puede completar la siguiente información acerca de la persona a la que usted nombra para que actúe para esta apelación únicamente. No podemos iniciar la revisión de Apelaciones de otra persona que no sea usted, a menos que tengamos el formulario de "Nombramiento de Representante" completo u otro comprobante de autorización legal para que alguien actúe en su nombre.

Si elige un representante, por favor complete la siguiente información:

Nombro a la siguiente persona para que actúe en mi nombre para esta apelación:

Nombre del representante: _____

Dirección del representante: _____

Teléfono del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU APELACIÓN:

Use el espacio a continuación para ayudarlo a describir su apelación. Por favor adjunte copias de cualquier información adicional que nos pueda ayudar con su apelación.

Artículo o servicio que desea apelar: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis/concentración: _____

Nombre del proveedor: _____

Fecha(s): _____ Número de reclamo: _____ Monto del reclamo: _____

Describa el motivo de su apelación: _____

Firma del miembro o del representante: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completado por correo a:

Brand New Day
ATTN: Appeals & Grievance Department
PO Box 93122
Long Beach, CA 90809
o por Fax al: 1-657-400-1217