



1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 21
1 Tempe, AZ 85281
Teléfono: 866.560.4042 Fax:
602.778.1863

FORMULARIO DE APELACIÓN O QUEJA DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

DATOS SOBRE EL AFILIADO/SOLICITANTE:

NOMBRE (APELLIDO(S), NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) _____ **FECHA:** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____
CÓDIGO POSTAL: _____ **TELÉFONO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA EL FORMULARIO (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR)

NOMBRE (APELLIDO(S), NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) _____ **FECHA:** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____
CÓDIGO POSTAL: _____ **TELÉFONO:** _____

DESCRIPCIÓN DE APELACIÓN O QUEJA: (Incluya fechas, nombres, lugares, así como cualquier otro intento de resolver el problema, adjuntando los anexos que sean necesarios).

¿QUÉ SOLUCIÓN DESEA?

CONTINUACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios suministrados a aquellos afiliados que sufran una enfermedad mental grave seguirán siendo suministrados durante el proceso de apelación, a menos que ello pueda implicar daños para usted o para otras personas.

En apelaciones relacionadas con los servicios en los Títulos XIX o XXI, marque *una* de las siguientes opciones:

- Solicito que los servicios contra los que estoy apelando me sigan siendo suministrados durante el proceso de apelación. Entiendo que, si pierdo la apelación, me podrán exigir el pago de los servicios que se me siguieron ofreciendo durante el proceso de apelación.

- No deseo que, durante el proceso de apelación, se me sigan ofreciendo los servicios contra los que estoy apelando.

FIRMA DEL AFILIADO/SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

Si el formulario lo rellena una persona distinta del afiliado, rellene la siguiente información.

RELACIÓN CON EL AFILIADO/SOLICITANTE::
(es decir, proveedor médico, responsable de la toma de decisiones médicas, representante designado)

FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO, RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS O REPRESENTANTE DESIGNADO: _____ **FECHA:** _____



1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 21
1 Tempe, AZ 85281
Teléfono: 860.560.4042 Fax:
602.778.1863

Declaración de no discriminación

Care1st Health Plan of Arizona cumple la legislación federal en materia de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Servicios de asistencia lingüística

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services are available to you at no cost. To communicate with us call 860-560-4042 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla otro idioma distinto de inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia de interpretación de otros idiomas sin coste adicional para usted. Póngase en contacto con nosotros en el 866-495-6738 (TTY: 877-613-2070).

SHOOH: Saad doo Bilagaá na k'ehjí bee yań íti'góó t'aá' ni nizaad bee ni1i á a'doowołgo bee haz'a t'aá' jí1í'e. Koji' nihich'i' hólne' 860-560-4042 (TTY: 711).