



1850 W. Rio Salado Parkway,  
Suite 211 Tempe, AZ 85281  
Teléfono: 888.788.4408  
Fax: 866.714.7998

## 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:**

**FECHA DE**

**ESTADO:**

**CÓDIGO**

**NACIMIENTO:**

**POSTAL:**

**TELÉFONO:**

### 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**

**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?**

FORMULARIO AZCH PM 15.4.1

Fecha efectiva: 1 de marzo de 2021

---

---



1850 W. Rio Salado Parkway,  
Suite 211 Tempe, AZ 85281  
Teléfono: 888.788.4408 Fax:  
866.714.7998

**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 211  
Tempe, AZ 85281  
Teléfono: 866-560-4042  
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 866-495-6738 (TTY: 877-613-2070).

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'ehji' bee yań íłti' góó t'aá' ni nizaad bee ník a' a'doowołgo bee haz'a' t'aá' jíík'e. Koji' nihich'i' hólne' 866-495-6738 (TTY: 877-613-2070).