



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del/de la afiliado/a asegurado/a: \_\_\_\_\_ N.º de ID de afiliado/a: \_\_\_\_\_  
Nombre del/de la representante que realiza la apelación (si es diferente al anterior): \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tipo de rechazo: ☐ Reclamo rechazado (servicio recibido) ☐ Servicio rechazado (aún no recibido)

Si usted está apelando la decisión de su aseguradora de rechazar un servicio que aún no ha recibido, ¿un retraso de 30 a 60 días en recibirlo podría generar un cambio negativo importante en su salud?

☐ Sí

☐ No

*Si su respuesta es "Sí", su proveedor tratante debe firmar y enviar una certificación y documentación que respalde la necesidad de una revisión acelerada.*

¿En qué nivel desearía apelar?

**Nivel acelerado de revisión** (solo aplica si arriba seleccionó "Sí")

**Nivel estándar de revisión**

☐ Revisión médica acelerada

☐ Apelación acelerada

☐ Revisión externa independiente acelerada  
(solicitud para revisión externa sin costo alguno)

☐ Apelación inicial

☐ Revisión externa independiente

¿A qué decisión está apelando (qué desea que se pague o autorice)?

---

---

---

---

---

Explique por qué cree que Ambetter from Arizona Complete Health debería pagar o autorizar este servicio (adjunte páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

*\*Asegúrese de adjuntar todo lo que demuestre por qué cree que Ambetter from Arizona Complete Health debería pagar o autorizar el servicio solicitado, incluyendo cualquier registro médico, cartas de su(s) médico(s), notas, folletos, etc. Si está solicitando una revisión acelerada, DEBE incluir la certificación de su proveedor tratante (el formulario está disponible en nuestro sitio web).*

Envíe el formulario completo (o documento con la misma información) a través de las siguientes opciones:

Correo electrónico: <a href="mailto:AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com">AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com</a>	Fax: 877-615-7734	Dirección postal: Ambetter from Arizona Complete Health Attention: Appeal & Grievance PO Box 10341 Van Nuys, CA 91410
---	----------------------	---

Si necesita ayuda para completar el formulario o si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones, comuníquese con Servicio para afiliados al 1-888-926-5057 (TTY: 711)

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la asegurado/a o representante autorizado/a

\_\_\_\_\_  
Fecha