

Instrucciones para ayudarle a completar el Formulario de apelación del miembro

Si usted es miembro de UnitedHealthcare Dual Complete, no use este formulario.

DERECHOS DE APELACIÓN

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos, puede solicitarnos que la revisemos nuevamente. Esto se llama apelación. Usted o su proveedor (si otorga su permiso por escrito) pueden presentar una apelación en su nombre. Puede utilizar el proceso de apelaciones internas de UnitedHealthcare Community Plan New Jersey (UHCCP NJ).

Plazos para las apelaciones

Tiene 60 días para enviar su apelación. UHCCP NJ tomará una decisión dentro de los 30 días posteriores a que la recibamos.

Cómo completar este formulario

Complete todas las partes del formulario que pueda. Puede completar el formulario electrónicamente y luego imprimirlo, o bien imprimir el formulario en blanco y escribir sus respuestas a mano.

Cómo solicitar una apelación interna

Envíe este formulario y cualquier documentación que desee que revisemos de la siguiente manera:

1. Por escrito a UHCCP NJ a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Member Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

O

2. Por fax al:
1-801-994-1082 – Apelaciones estándar
1-801-994-1261 – Apelaciones aceleradas previas al servicio y concurrentes

¿Qué sucede después?

Le enviaremos una carta por correo para informarle que recibimos su apelación. Analizaremos su apelación y todos los documentos que envíe.

Elija un representante autorizado

Puede elegir a alguien para que le ayude con su apelación. Si desea que alguien actúe en su nombre, debe completar y firmar el formulario de Designación de representante autorizado.

Envíe ese formulario junto con su solicitud de apelación.

¿Tiene preguntas? Llame a UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-941-4647 o (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Formulario de apelación del miembro

Para iniciar el proceso, complete este formulario. Complete todo lo que pueda. Firme y feche el formulario. Envíelo a UHCCP NJ dentro de los 60 días posteriores a la fecha del aviso sobre la decisión. Adjunte copias de cualquier documento que desee que usemos en nuestra revisión.

Información del miembro: Puede encontrar esto en su tarjeta de identificación de UHCCP NJ o en la carta que le enviamos.

Nombre		Apellido	
Dirección		N.º de apto.	
Ciudad		Estado	Código postal
N.º de identificación de miembro		Número de teléfono al que prefiere que nos comuniquemos con usted	
Su dirección de correo electrónico			

Información sobre el servicio: Puede encontrar esto en la carta que le enviamos.

Fecha(s) de servicio	
Procedimiento/Servicio	
Número de referencia	
Proveedor solicitante	

Si adjunta otras páginas, marque esta casilla.

Motivos de la apelación: Si necesita más espacio, agregue otra página con la información adicional.

