Cómo presentar una apelación para un miembro

Instrucciones

Complete este formulario para presentar una apelación y envíelo a LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise).

El miembro puede completar el formulario u otra persona puede completarlo por el miembro.

Independientemente de quién complete el formulario, este DEBE ESTAR FIRMADO por el miembro o tutor legal.

Envíe un formulario de apelación y documentación de respaldo a:
LifeWise Health Plan of Washington: Member Appeals
PO Box 91102
Seattle, WA 98111-9202
Fax: 425-918-5592

Aviso de prácticas de privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar la información personal de los miembros y los derechos de los miembros con respecto a ella. Este aviso se encuentra en nuestro sitio web, en *www.lifewise.com*. Si necesita una copia impresa, llame a Servicio al Cliente al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Preguntas?

Llame: Llame a Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
Correo electrónico: Inicie sesión en su cuenta en lifewise.com y seleccione Secure Inbox (Bandeja de entrada segura).

LifeWise

Apelación del miembro/Member Appeal

Instrucciones

- Complete toda la información a continuación.
- **En letra de imprenta legible**.
- Haga una copia para sus registros y envíe el formulario completo por correo a:
  LifeWise Health Plan of Washington: Member Appeals
  P.O. Box 91102
  Seattle, WA 98111-5592

A. Información del miembro. Todos los campos en esta sección son obligatorios./Member information. All fields in this section are required.

Nombre del miembro: nombre, apellido/Member's name: first name, last name		Fecha de nacimiento del miembro (mm/dd/aaaa)/Member's date of birth (mm/dd/yyyy)
Prefijo de identificación: (ver tarjeta de ID)/ID prefix: (see ID card)	Número de identificación/ ID number Sufijo/Suffix	Número de póliza de grupo/Group policy number

Domicilio postal/Mailing address	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/ ZIP code
Teléfono diurno (incluya el código de área)/Daytime phone – include area code			

B. ¿Quién está completando este formulario?/Who is completing this form?

Soy (seleccione uno):/I am (select one):

- ❍ El miembro. Pase a la Sección D./The member. Skip to section D.
- ❍ Padre. Pase a la Sección C./Parent. Skip to section C.
- ❍ Tutor legal. Debe adjuntar documentación legal para confirmar esta relación. Continúe con la Sección C./ Legal guardian. You must attach legal documentation to confirm this relationship. Continue to section C.
- ❍ Apoderado. Debe adjuntar documentación legal para confirmar esta relación. Continúe con la Sección C./ Power or attorney. You must attach legal documentation to confirm this relationship. Continue to section C.
- ❍ No ocupo ninguno de los roles mencionados anteriormente. Continúe con la Sección C./ I hold none of the roles mentioned above. Please continue to section C.

C. ¿Quién puede apelar en nombre del miembro? Este es el representante autorizado./ Who can appeal on behalf of the member? This is the Authorized Representative.

Nombre/First name	Apellido/Last name	Teléfono: (incluya el código de área)/Phone – include area code
Relación con el miembro/Relationship		Fax: incluya el código de área/Fax – include area code

Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/ State	Código postal/Zip code

D. Autorización del miembro para divulgar registros e información de atención médica/Member's authorization to release healthcare information and records

IMPORTANTE: Independientemente de quién complete este formulario, esta sección DEBE estar firmada por el miembro o tutor legal./ IMPORTANT: Regardless of who completes this form, this section MUST be signed by the member or legal guardian.

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente: LifeWise Health Plan of Washington, o cualquiera de sus filiales (la "Compañía"), puede divulgar mis registros de salud con el Representante autorizado mencionado anteriormente. / By signing this form I understand and agree to the following: LifeWise Health Plan of Washington, or any of its affiliates (the "Company"), may disclose my health records with the Authorized Representative listed above.

Entiendo que la información de atención médica puede incluir mis registros de beneficios, reclamaciones, diagnóstico y tratamiento, que incluyen información sobre los siguientes diagnósticos de atención de la salud confidenciales que he marcado en las casillas que aparecen más abajo./ I understand that the healthcare information may include my benefit, claim, diagnosis and treatment records including information about the following sensitive healthcare diagnosis and treatments that I have selected below:

- ☐ Abuso de alcohol o farmacodependencia/Alcohol and/or chemical dependency
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA)/Sexually transmitted diseases (HIV/AIDS)
- ☐ Información genética/Genetic information
- ☐ Salud reproductiva (incluido el aborto)/ Reproductive health (including abortion)
- ☐ Atención en reasignación de sexo, disforia de género, violencia doméstica y salud conductual./ Gender affirming care, gender dysphoria, domestic violence, and behavioral health

Descargo de responsabilidad: Puede cambiar de opinión y retirar esta divulgación en cualquier momento notificándole por escrito a la Compañía a la dirección detallada en la parte inferior de este formulario. La Compañía se asegurará de que el cambio entre en efecto dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud de retiro, y no será responsable de ninguna información divulgada antes de que su cambio entre en efecto. Esta divulgación es voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan de salud, elegibilidad para los beneficios o pago de reclamaciones al otorgar esta divulgación. Esta divulgación durará veinticuatro meses a partir de la fecha de firma a continuación, o hasta que el proceso de apelación esté completo, lo que suceda antes./ **Disclaimer:** You can change your mind and withdraw this release at any time by informing the Company in writing at the address listed at the bottom of this form. The Company will make sure the change goes into effect within five business days after receiving your withdrawal request and will not be liable for any information released before your change goes into effect. This release is voluntary. We will not condition your enrollment in a health plan, eligibility for benefits or payment of claims on giving this release. This release will last twenty-four months from the signature date below, or until the appeal process is complete, whichever is earlier.

Firma del miembro/Member signature	Nombre en letra imprenta/Printed name
X_____	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)/Date signed (mm/dd/yyyy)

E. ¿Qué está apelando el miembro?/What is the member appealing?

La decisión inicial estaba relacionada con (seleccione uno)/The initial decision was related to - select one

- ❍ Denegación antes del servicio (no se han prestado los servicios)/Pre-service denial (services have not been taken)
- ❍ Procedimientos experimentales/de investigación/ Experimental/investigational procedures
- ❍ Necesidad médica del servicio/ Medical necessity of the service
- ❍ Reclamo procesado a nivel de beneficio fuera de la red/Claim processed at out-of-network benefit level
- ❍ Limitaciones de beneficios/Benefit limitations
- ❍ Cancelación de mi póliza o elegibilidad/Cancellation of my policy or eligibility
- ❍ Otro. Especifique:/Other. Specify:

Si la apelación está relacionada con un servicio médico, complete lo siguiente./ If the appeal is related to a medical service, complete the following.

Proveedor de la atención (p. ej., nombre del médico, hospital, laboratorio):/Provider of Care (e.g.: Doctor's name, hospital, laboratory):

Domicilio postal/Mailing address	Ciudad/City	Estado/ State	Código postal/ZIP code

Teléfono diurno (incluya el código de área)/Daytime phone – include area code

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)/ Date of service (mm/dd/yyyy)	Número de reclamo (incluir reclamos adicionales en la Sección E) / Claim Number: (Include additional claims in section E)	Cargo total/ Total Charge
☐☐ – ☐☐ – ☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	

Número de referencia de la gestión de utilización (figura en la carta de denegación)/ Utilization Management reference number listed on denial letter

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

F. Cuéntenos por qué está apelando./Tell us why you are appealing.

¿Qué le gustaría que LifeWise vuelva a revisar? Adjunte documentos de respaldo./What would you like LifeWise to review again? Attach supporting documents.

¿Qué medida quiere que LifeWise tome? Si necesita más espacio, adjunte una declaración por escrito./What action do you want LifeWise to take? If you need more space, attach a written statement.

G. Firma: Imprima este formulario y fírmelo./Signature – Print this form then sign it below.

Quién debe firmar este formulario/Who must sign this form

- Para un miembro de 12 años o menor, el padre o tutor legal puede firmar./For a member aged 12 or younger, the parent or legal guardian can sign.
- En el caso de un miembro de 13 años o mayor, el miembro debe firmar, salvo que un tribunal con jurisdicción haya determinado que el miembro es incapaz de otorgar consentimiento para sus propios servicios y haya asignado a un tutor legal./ For a member aged 13 or older, the member must sign, unless a court with jurisdiction has deemed the member incapable of consenting to his or her own services and has appointed a legal guardian.

Firma del miembro/Member signature X_____	Nombre en letra imprenta/Printed name Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)/Date signed (mm/dd/yyyy)
Padre, madre, tutor legal, apoderado, persona autorizada/ Parent, legal guardian, power of attorney, authorized person signature X_____	Nombre en letra imprenta/Printed name Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)/Date signed (mm/dd/yyyy)
Dirección de correo electrónico/Email address	

¿Prefiere recibir respuesta por correo electrónico?/Prefer to receive a response by email?

Al marcar esta casilla ☐, acepta recibir la decisión de su apelación y otra correspondencia relacionada con su apelación a través de la dirección de correo electrónico indicada en la Sección G. Puede cambiar de opinión en cualquier momento y/o solicitar una copia impresa de cualquier aviso sin costo alguno escribiendo a LifeWise Health Plan of Washington: Member Appeals./ By checking this box ☐, you agree to receive your appeal decision and other correspondence related to your appeal via the email address noted in Section G. You can change your mind at any time and/or request a paper copy of any notice at no cost by writing to LifeWise Health Plan of Washington: Member Appeals.