

Formulario de apelación del miembro

Siga los pasos siguientes para presentar una solicitud de apelación a LifeWise Health Plan of Washington.

A. ¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés. Complete con información del miembro

Nombre		Apellido:		Fecha de nacimiento: MM/DD/AA	
Prefijo de identificación: (consulte tarjeta de identificación)	N.º de identificación:		Sufijo: —	N.º de grupo/póliza:	
Dirección:			Ciudad/Estado:		Código postal:
Número de teléfono:					



Si usted **NO** es el miembro, complete la sección B a continuación. Si usted es el miembro o el proveedor contratado, continúe con la Sección C.

B. Si usted no es el miembro, díganos quién es.

¿Tiene documentos legales para actuar en nombre del miembro?

Sí, soy el tutor legal

Sí, soy el apoderado

Si la respuesta es sí, adjunte la documentación legal y pase a la Sección C.

No, no soy el tutor legal ni el apoderado. Si la respuesta es no, pídale al miembro que complete la sección siguiente de autorización de apelación.

Autorización de apelación: ¿Quién puede apelar en su nombre?

Esto debe ser completado por el miembro indicado en la Sección A.

Nombre		Apellido:		Teléfono:	
Relación con el miembro:			Fax:		
Dirección:		Ciudad/Estado		Código postal:	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente: LifeWise Health Plan of Washington o cualquiera de sus afiliadas (la "Compañía") pueden divulgar mis registros de salud al representante autorizado que se menciona arriba.

Entiendo que la información de atención de la salud puede incluir mis registros de beneficios, reclamaciones, diagnóstico y tratamiento, que incluyen información sobre los siguientes diagnósticos y tratamientos de atención de la salud confidenciales, a menos que tache uno o más de la lista:

- Abuso de alcohol o farmacodependencia
- Enfermedades de transmisión sexual (VIH/sida)
- Información genética • Salud reproductiva (incluido el aborto)
- Atención en reasignación de sexo, disforia de género, violencia doméstica y salud conductual

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.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

C. ¿Qué está apelando? Seleccione la opción más adecuada. La decisión inicial estaba relacionada con:

<input type="checkbox"/> Denegación antes del servicio (no se han tomado los servicios)	<input type="checkbox"/> Reclamación procesada a nivel de beneficio fuera de la red
<input type="checkbox"/> Procedimientos experimentales/de investigación	<input type="checkbox"/> Limitaciones de beneficios
<input type="checkbox"/> Necesidad médica del servicio	<input type="checkbox"/> Cancelación de mi póliza o elegibilidad
<input type="checkbox"/> Otra (especifique):	

Complete la información si se relaciona con un servicio médico:

Proveedor de la atención (p. ej., nombre del médico, hospital, laboratorio):		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Fecha del servicio: MM/DD/AA	Número de reclamación:	Cargo total:
N.º de referencia de administración de utilización: (se menciona en la carta de denegación)		

D. Cuéntenos por qué está apelando

¿Qué le gustaría que volviéramos a revisar? Escriba en el espacio siguiente (adjunte documentos de respaldo)	¿Qué acción quiere que realicemos? Escriba en el espacio siguiente (si necesita más espacio, puede adjuntar una declaración escrita)
--	--

E. Firme y envíe

Firma del miembro: X	Fecha:
Padre, madre, tutor legal, apoderado, persona autorizada: X	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	

Envíe un formulario de apelación y documentación de respaldo a:

LifeWise Health Plan of Washington: Member Appeals

PO Box 21552

Eagan, MN 55121

Fax: 844-990-0262

Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. LifeWise Health Plan of Washington no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.



La discriminación es prohibida

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. LifeWise no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

LifeWise:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que LifeWise no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-6396, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.



Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-817-3056 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-817-3056 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-817-3056 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-817-3056 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-817-3056 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-817-3056 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-817-3056 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-817-3056 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្មូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-817-3056 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-817-3056 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-817-3056 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-817-3056 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-817-3056 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-817-3056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-817-3056 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສັງຄາ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-817-3056 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-817-3056 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-817-3056 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-817-3056 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-817-3056 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-817-3056 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-817-3056 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés. Esta traducción de ninguna manera cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras provisiones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés. / This document has been translated from English. This translation in no way changes the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version shall prevail.