

Formulario para apelaciones

Este formulario es para ayudarlo a presentar una apelación. Puede completar el formulario y enviárnoslo o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074** para presentar una apelación.

Health Plan of Nevada

Attn: Customer Response and Resolution Department

P.O. Box 14865

Las Vegas, NV 89145

Su solicitud para presentar una apelación debe recibirse dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de denegación.

Use letra de molde

Nombre del miembro _____

No. de identificación del miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Descripción del servicio denegado _____

Fecha de la denegación _____

Comparta la información que desea se considere en su apelación y por qué piensa que el plan debería aprobar su solicitud:

Por favor incluya cualquier evidencia que quiera que sea considerada durante el proceso de apelación.

Complete el formulario de designación de un representante autorizado.

Representante autorizado (si tiene alguno) _____

Firma del miembro _____ Fecha _____