

# FORMULARIO DE APELACIÓN

Este formulario es para ayudarle a presentar una apelación. Lo puede llenar y enviarnoslo. O puede escribir una carta e incluir esta información en su carta. Envíe este formulario o su carta por correo a:

**Nebraska Total Care Grievances**

2525 N. 117<sup>th</sup> Ave  
Omaha, NE 68164  
Fax 1-844-655-0567

**Behavioral Health Grievances: Nebraska Total Care Grievances**

13620 Ranch Road 620 N,  
Bldg 300C  
Austin, TX 78717-1116  
Fax 1-866-714-7991

**\*Debe presentar una apelación dentro de un plazo de 60 días desde la fecha de la carta de denegación.**

**EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

Número de autorización/seguimiento (si tiene uno). Se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta. \_\_\_\_\_

Divulgue la información que tiene sobre la apelación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

[FIRMA DEL AFILIADO, PADRE/MADRE O TUTOR\*]

**Relación con el afiliador**

Afiliado       Padre/Madre       Tutor\*       Poder notarial\*

\*Se debe proveer al plan de salud los documentos que muestran Tutoría legal o Poder notarial