



Instrucciones para Miembros Solicitando una Apelación

Una apelación es una solicitud para cambiar una decisión adversa previamente tomada por Alliant Health Plans. Usted o su representante autorizado (incluyendo un proveedor de atención médica) puede apelar la decisión adversa relacionada con su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de Alliant, al (866) 403-2785, para revisar cualquier determinación de cobertura adversa y/o reducciones de pago. Es posible que podamos resolver su problema sin necesidad de un proceso de apelación formal. Si un Representante de Servicio al Cliente no puede resolver la decisión de cobertura inicial, se le informará de su derecho a solicitar una apelación.

Paso 2: Complete y envíe por correo este formulario y/o la carta de apelación junto con cualquier documentación de respaldo a la dirección que aparece en la parte inferior del Formulario de Apelación para los Miembros Si proporciona información completa y precisa, podremos realizar una revisión oportuna y exhaustiva. Si necesita ayuda para preparar la apelación, puede ponerse en contacto con el Servicio al Cliente. La apelación debe ser presentada en un plazo de 180 días naturales a partir de la fecha inicial de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). Usted recibirá una decisión por escrito.

Paso 3: Si alguien que no sea el paciente, está completando el formulario, por favor complete e incluya un formulario de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Siga el enlace para obtener una copia del formulario de PHI.

alliantplans.com/wp-content/uploads/Authorization-to-Share-PHI.pdf

LA SOLICITUD DE APELACIÓN DEBE INCLUIR:

1. Una copia de la Carta de Decisión de la Apelación de Primer Nivel, si procede.
2. Cualquier documentación que respalde su apelación; Incluyendo pero no limitado a las facturas y cualquier prueba de pago aplicable al proveedor. En el caso de decisiones adversas basadas en la falta de necesidad de atención médica, la documentación adicional puede incluir una carta de su proveedor que describa el servicio o tratamiento y cualquier registro médico aplicable.

Si presenta una carta en vez del Formulario de Apelación para Miembros, especifique en su carta que se trata de una **Apelación para Miembros**. Por favor, incluya toda la información que se solicita en el Formulario de Apelación para Miembros.



FORMULARIO DE APELACIÓN PARA MIEMBROS

FECHA DE SOLICITUD: MM/DD/AAAA

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre del Suscriptor:		Número de Identificación del Suscriptor:
Nombre del Paciente: (Como aparece en la tarjeta de identificación)		Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA
Número de Teléfono del Suscriptor:	Correo Electrónico del Suscriptor:	Dirección del Suscriptor:
Si alguien que no sea el paciente está completando el formulario, debe proporcionar su nombre, relación, número de teléfono, dirección y correo electrónico. Por favor, incluya el formulario de PHI completado. https://alliantplans.com/wp-content/uploads/Authorization-to-Share-PHI-Spanish.pdf		

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor/Grupo:
Ubicación del Servicio:

INFORMACIÓN SOBRE LA APELACIÓN

Tipo de Apelación (marque una casilla): <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Reclamo		
Nivel de Apelación (marque una casilla): <input type="checkbox"/> Apelación de Primer Nivel <input type="checkbox"/> Apelación de Segundo Nivel		
Número de Reclamo:	Fecha del Servicio: MM/DD/AAAA	Cantidad Facturada: \$
Explique el motivo por el que se solicita la apelación (si el espacio es insuficiente, adjunte documentos adicionales): _____ _____ _____		
Nota: La documentación de respaldo es necesaria para la Revisión de la Apelación (Vea las instrucciones)		

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Las apelaciones de Primer Nivel deben ser presentadas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la EOB.
- Las apelaciones de Segundo Nivel deben ser presentadas dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación de Primer Nivel.

Para presentar la apelación de un reclamo, envíe este formulario y la documentación de respaldo a uno de los siguientes:

Correo Alliant Health Plans, Inc.
Postal: Appeals Department
PO Box 1247
Dalton, GA 30722

Fax: 1(866) 634-8917

Para presentar apelaciones médicas (incluso cuando un servicio no se ha prestado, es decir apelaciones de UM), envíe este formulario y la documentación de respaldo a uno de los siguientes:

Correo Alliant Health Plans
Postal: Appeals Department
PO Box 1247
Dalton, GA 30722

Fax: 1(866) 370-5667

Nota: Este formulario es solo para revisiones internas. Para información relacionada con apelaciones externas, por favor, consulte su Certificado de Cobertura o comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.