

Si necesita ayuda para entender la información de este documento, incluso una traducción escrita u oral, podemos ayudarlo. Usted puede obtener ayuda llamando al **Departamento de Servicios al Miembro**, al **303-602-2116** o al **1-800-700-8140**, o al servicio estatal de retransmisión (State Relay), 711, para personas con discapacidades auditivas o del habla. If you need this letter in large print, audio or another language, please call us at 1-800-700-8140. For TTY, please call 711.

No es obligatorio completar este formulario. Usted o su representante autorizado/personal deben enviar esta solicitud dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir una carta de aviso de determinación adversa respecto de los beneficios para una apelación o, en cualquier momento, respecto de una queja (también conocida como reclamo). Adjunte copias de todos los documentos que pudieran respaldar su solicitud. Si esto es una solicitud urgente, comuníquese directamente con el Departamento de Apelaciones y Quejas (Grievance & Appeals Department) llamando al 303-602-2261. Este formulario y todos los documentos que lo acompañen deben enviarse por correo electrónico o fax a:

Denver Health Medicaid Choice  
Attn: Grievance and Appeals Department  
938 Bannock Street  
Denver, CO 80204  
Fax: 303-602-2078  
<http://www.denverhealthmedicaid.org>

**Ingrese la información a continuación sobre la persona para quien se presenta la queja o apelación:**

---

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

---

N.º de ID del miembro

---

Domicilio

---

Ciudad, estado, código postal

---

N.º de teléfono

---

N.º de expediente médico

---

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

**Si arriba se cita a una persona que no es el miembro, por favor ingrese la siguiente información sobre la persona que presenta la queja o la apelación.**

---

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

---

N.º de teléfono

---

Dirección postal

---

Ciudad, estado, código postal

Relación con el miembro (marque una opción):  Cónyuge  Hijo/Hija  Padre/Madre/Tutor legal

Amigo/Pareja  Proveedor/Médico\*  Abogado

Otra (especifique) \_\_\_\_\_

\*Nota importante: Una "marca" en la casilla de verificación Proveedor/Médico que figura arriba, indica que **el médico o el proveedor actúan en nombre del miembro, con el conocimiento y la aprobación del miembro.**

**SECCIÓN A: QUEJA:** Si esto se relaciona con una queja, por favor describa el problema en el recuadro a continuación. Si está presentando una apelación, por favor vaya a la Sección B. Incluya las fechas de servicio y los nombres del personal si corresponde. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación de respaldo.

**SECCIÓN B: APELACIÓN:** Si desea presentar una apelación por un servicio o una reclamación anteriormente denegados, ingrese la información solicitada a continuación.

El presente formulario, ¿se relaciona con una reclamación denegada?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione el número de queja: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

El presente formulario, ¿se relaciona con un servicio o tratamiento médico denegados?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de la carta de denegación: \_\_\_\_\_

En el espacio a continuación, escriba el motivo y una breve descripción de su apelación. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación de respaldo.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Apelaciones y Quejas de DHMC, llamando al 303-602-2261, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si no podemos responder su llamada, deje un mensaje y le devolveremos la llamada dentro de las 48 horas.