



**Select
Health**

P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
Teléfono **844-208-9012** (línea gratuita)
selecthealth.org/medicare

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN O RECONSIDERACIÓN

UTILICE ESTE FORMULARIO PARA QUEJAS SOBRE COBERTURA DE BENEFICIOS O DENEGACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

Si tiene preguntas, llame a nuestro departamento de Reclamaciones y Apelaciones al número anterior durante los días hábiles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al número gratuito **855-442-9900** durante las siguientes fechas y horas:

Del 1 de octubre al 31 de marzo: los días hábiles de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., sábado y domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Del 1 de febrero al 30 de septiembre: días hábiles de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m., cerrado los domingos. Fuera de este horario de atención, deje un mensaje y le devolveremos su llamada en el plazo de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nombre de miembro _____ Select Health número de identificación: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Número de teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

Nombre del _____ proveedor, si usted no es el miembro _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Fecha(s) de servicio ____/____/____ para ____/____/____

Marque esta casilla si está solicitando una apelación urgente (servicio previo únicamente)

A. EL MOTIVO DE SU APELACIÓN

B. ¿QUÉ LE GUSTARÍA QUE HICIERAMOS?

C. ¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE NOS COMUNIQUEMOS CON USTED CON RESPECTO A SU APELACIÓN?

Correo electrónico _____ Fax: _____ Enviar por correo a la dirección anterior

FIRMA

Adjunte copias de los registros (como facturas o cartas de médicos) y envíelas por correo electrónico, fax o correo postal.

- Correo electrónico: appeals@imail.org
- Fax: **801-442-0762**
- Correo: La dirección como se muestra arriba

DOY PERMISO A SELECT HEALTH PARA QUE REVISE MI APELACIÓN. ENTIENDO QUE PUEDE QUE SELECT HEALTH NECESITE COMUNICARSE CON EL PROVEEDOR O REVISAR MIS EXPEDIENTES.

Fecha de la _____ firma _____ / _____ / _____
Miembro o representante

Select Health es patrocinador de los planes HMO, PPO y SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Multi-Language Interpreter Services

1-855-442-9900 (TTY:711)

Select Health obedece las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico o de dónde proviene, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos alternativos comunicándose con Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-442-9900**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-442-9900**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-442-9900**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-442-9900**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-442-9900** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900**. سيقيم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-442-9900** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-442-9900**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-442-9900**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-442-9900**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご利用になるには、**1-855-442-9900**にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。