|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)F-00237S (01/2019) |
| **Solicitud de apelación – Independent care health planappeal request – Independent care health plan** |
| No es obligatorio completar este formulario. La información de identificación personal recopilada en este formulario se utiliza únicamente para identificar su caso y procesar su solicitud. |
| Nombre del miembro      | Fecha de hoy      |
| Dirección postal      |
| Población      | EstadoWI | Código postal      |
| [ ]   | Marque esta casilla si desea apelar la decisión de Independent Care Health Plan mediante la solicitud de una reunión con Grievance and Appeal Committee (Comité de quejas y apelaciones) de Independent Care Health Plans. |
| **Continuación de sus servicios durante una apelación de reducción, suspensión o finalización de un servicio**Si está recibiendo beneficios y solicita una apelación antes de que se modifiquen sus beneficios, podrá seguir recibiendo los mismos beneficios hasta que se haya tomado una decisión con respecto a su apelación. Si desea mantener sus beneficios durante su apelación, deberá sellar su solicitud y enviarla por correo postal o fax ***el mismo día (o antes)* de la fecha efectiva de la acción prevista**. Si Grievance and Appeal Committee determina que la decisión de Independent Care Health Plan fue correcta, es posible que tenga que reembolsar los beneficios adicionales que recibió desde el momento en el que solicitó la apelación y hasta el momento en el que Grievance and Appeal Committee tome una decisión. No obstante, si esto le provocase una elevada carga financiera, existiría la posibilidad de que no tuviera que devolver este dinero. [ ]  **Marque esta casilla si desea solicitar la continuación de los mismos servicios durante su apelación.****Copia del expediente de su caso**Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de la información del expediente de su caso en relación con su apelación. El concepto de información hace referencia a documentos, registros y otros materiales relacionados, incluida cualquier información nueva o adicional que Independent Care Health Plan recopile durante su apelación.[ ]   **Marque esta casilla si desea recibir información del expediente de su caso de Independent Care Health Plan relacionada con su apelación.**  |
|  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** del miembro |  | Fecha de firma |  |
|  |  |  |  |  |
| Envíe por correo postal o por fax este formulario a:Independent Care Health Plan1555 N River Center Dr, Suite 206Milwaukee WI 53212-3958Fax: 414-231-1090Para comenzar su apelación lo antes posible, usted puede llamar a Independent Care Health Plan al 414-231-1076 antes de enviar este formulario por correo postal. Su apelación debe estar sellada y enviarse por correo postal o fax durante los **60 días naturales** posteriores a la fecha que consta en Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios). |
| Independent Care Health Plan:Proporciona dispositivos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:* Intérpretes cualificados de lengua de signos
* Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como: * Intérpretes cualificados
* Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, llame a Independent Care Health Plan al 414-231-1076, o gratis al 800-777-4376, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. Los usuarios de TTY (teletipo) deben llamar al 800-947-3526. |