

Pedido de Revisión de Terminación



Fecha: ____/____/_____

Enviar por correo a: **Western Health Advantage Member Services:**
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Por fax seguro a: 916.568.0126

Por correo electrónico

seguro a: mywha.org/securemessage

Haga click en Servicios de los Miembros — Línea de asunto: Pedido de Revisión de Terminación - Adjunte este formulario lleno

Presentar al: **Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada**

980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814

Fax: (916) 229-0465

entérese más en: www.healthhelp.ca.gov

RE:PEDIDO DE REVISIÓN DE CANCELACIÓN, ANULACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

Solicito que [alguien de WHA y/o] el Director del Departamento de Atención Médica Administrada revise la cancelación, anulación o no renovación del contrato del plan, la inscripción o suscripción de beneficios del plan de salud de conformidad con las secciones 1365 o 1389.21 de la Ley de planes de servicios de atención médica Knox-Keene de 1975, de la siguiente manera:

1. **NOMBRE COMPLETO** del inscrito, suscriptor o titular del contrato de grupo, cuyos beneficios fueron cancelados, anulados o no renovados:

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

2. **NOMBRE COMPLETO** del suscriptor, si es diferente del número "1" mencionado anteriormente:

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

3. **NOMBRE DEL PLAN** del suscriptor o del inscrito: WESTERN HEALTH ADVANTAGE (WHA)

4. **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN** del suscriptor o inscrito: _____

5. **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO** (si corresponde): _____

6. **FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA CANCELACIÓN** (si la sabe): ____/____/_____

7. **ADJUNTE COPIAS** de lo siguiente:

(a) El aviso de cancelación enviado por WHA

(b) Toda la correspondencia con WHA sobre la cancelación, anulación o no renovación.

(c) Prueba de pago del último periodo de cobertura pagado y fecha del pago.

8. **¿Sabe por qué WHA canceló, anuló o no renovó su cobertura?** Sí No—Si dijo que sí, por favor explique:

9. Señale por qué usted considera que la cancelación, anulación o no renovación es incorrecta:

10. Explique por qué usted considera que la causa o causas de la cancelación descrita en el aviso de cancelación es incorrecta. Adjunte las copias de cualquier documento que ayude a explicar su posición.

11. ¿La cancelación, anulación o no renovación le impide a usted o a otro inscrito cubierto bajo la póliza de recibir servicios de atención médica que son necesarios médicamente? Sí No — Si dijo que sí, por favor explique:

12. ¿La persona nombrada en el punto "11" mencionado anteriormente, cuyos beneficios de atención médica fueron cancelados, anulados o no renovados recibió algún tipo de atención médica desde la cancelación, anulación o no renovación?

Sí No— Si dijo que sí, ¿qué servicios recibió y cuánto costaron?

NOMBRE COMPLETO DEL RECLAMANTE: _____

FIRMA DEL RECLAMANTE: _____