

## FORMULARIO DE APELACIÓN DANDO CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

De acuerdo con las regulaciones estatales y federales de apelación para Medi-Cal, **las apelaciones presentadas por un proveedor en nombre de un miembro deben ir acompañadas del consentimiento por escrito del miembro.** Por favor complete este formulario y regréselo a CenCal Health.

<b>Nombre del miembro</b>	
<b>Número de identificación del miembro</b>	
<b>Fecha de nacimiento del miembro</b>	
<b>Proveedor que solicita la apelación</b>	
<b>Número de autorización de la negación/descripción de la apelación</b>	
<b>Fecha de Aviso de Acción (carta)</b>	

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para permitir que CenCal Health procese la apelación presentada por mi proveedor, \_\_\_\_\_ . Por favor, hable con mi proveedor de cualquier aspecto relacionado con esta apelación, el cual puede incluir la divulgación de información médica confidencial, según sea necesario.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**(Miembro / Representante Autorizado)**



**Por favor envíe este formulario por fax a CenCal Health al: 805-692-1684 o**

**Envíe el formulario por correo a:**

CenCal Health  
Atención: Grievance & Appeals  
4050 Calle Real  
Santa Barbara, CA 93110