

www.amerihealthcaritasnh.com

Nombre:	Número de ID del miembro o Número de Seguro Social:
---------	---

1. No estoy de acuerdo con la decisión de AmeriHealth Caritas New Hampshire de reducir, dar por concluida o rechazar mi solicitud para:

2. Quisiera que mi apelación se hiciera:

- Por teléfono al número que brindé aquí: _____
- En persona en la oficina de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

3. Marque la casilla que corresponda:

- Seré mi propio representante en la apelación.
- Quiero que la siguiente persona me represente:

Nombre: _____

Relación con usted: _____

4. Marque la casilla que corresponda:

- Quisiera que mis beneficios continúen durante el proceso de apelación. (Para que los beneficios continúen, debe presentar esta solicitud dentro de los 10 días siguientes al envío por correo de esta Solicitud o antes de la fecha de entrada en vigencia indicada en la Solicitud, la que sea posterior.)
- No quiero que mis beneficios continúen durante el proceso de apelación.

Comprendo que si elijo que mis beneficios continúen durante el proceso de apelación y pierdo la apelación, **puedo ser responsable de pagar a AmeriHealth Caritas New Hampshire los beneficios** que recibí mientras la apelación estaba pendiente.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Firme y envíe el formulario a:

AmeriHealth Caritas New Hampshire
Attn: Appeals Department
25 Sundial Avenue, Ste 130 West
Manchester, NH 03103

Fax: **1-833-810-2264**