

**PLAN DE SALUD DE CONTRA COSTA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN**

**DIVULGACIÓN DE CRITERIOS O LINEAMIENTOS  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE MIEMBRO**

Fecha: \_\_\_\_\_ Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Referencia / Número de autorización previa: \_\_\_\_\_

Criterios o lineamientos específicos solicitados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Los materiales que se le proporcionan son pautas utilizadas por este plan para autorizar, modificar o denegar la atención de personas con enfermedades o afecciones similares. La atención y el tratamiento específicos pueden variar según la necesidad individual y los beneficios cubiertos bajo su contrato.***

**Correo electrónico:** Member.Services@cchealth.org

**Teléfono:** Servicios al Miembro (877) 661-6230 (OPCIÓN 2)

**Fax:** (925) 313-6047

**Dirección postal:** 595 Center Ave. Ste. 100, Martinez CA 94553

---

*Solo para el Plan de salud de Contra Costa:*

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha Criterios/Lineamiento \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Responsable de la publicación y título de los criterios/lineamientos enviados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_