ACHP
By Sendero

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AVISO DE APELACIÓN

Fecha: _____ URA License Number: 1725137

Nombre de la persona que solicita la apelación **Relación con el miembro (marcar una opción)**

_____ Proveedor _____ Si mismo

(Apellido) (Nombre) (Inicial) _____ Persona que actúa en representación

Teléfono _____ _____

(XXX-XXX-XXXX) Relación

Datos de contacto del miembro **Numero de identificación del miembro** _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento __ __ / __ __ /__ __ __ __

(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Domicilio _____ Cuidad _____ Código postal _____

Teléfono _____ Estado _____

(XXX-XXX-XXXX)

Datos del proveedor: ***Proporcione datos del medico u otro proveedor de servicios de salud que sea el principal responsable de la atención, el tratamiento y los servicios brindados al miembro.***

Nombre _____

Domicilio _____ Cuidad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax: _____ (si corresponde) Estado _____

(XXX-XXX-XXXX) (XXX-XXX-XXXX)

Datos de la apelación

Fecha original de servicio _____ Fecha de denegación _____

Motivo de la apelación _____

Presente la documentación adicional que quiera que sea tomada en cuenta junto con esta apelación.

DIVULGACION DE DATOS

(Se requiere la firma para una apelación de un aviso presentada por el proveedor en representación del miembro)

Por la presente, yo, _____, el miembro, o su tutor legal, autorizo la divulgación de todos registros médicos necesarios y demás documentos relevantes esta revisión.

_____

(firma)

Enviar el formulario completo a:

Access to Care Health Plan by Sendero
Attn: Appeals
1111 East Cesar Chavez
Austin, TX 78702
Fax: (512) 901-9724

Si tiene preguntas acerca del proceso de apelación, llámenos sin cargo al 1-855-297-9191