

Forma de Apelación

Información de Miembro			
Nombre de Miembro		Numero de Identificación	
Nombre de Paciente		Número del Grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono		Correo Electrónico	

Usted Es El/La:

Afiliado/ Paciente Proveedor

Representante Legal, por ejemplo, poder, tutor, albacea o Representante Personal de la finca (si tiene alguno de estos, por favor incluye prueba de tales)

Representante autorizado (si está apelando para otra persona, como su cónyuge, un hijo (18 años de edad o más) o con otro adulto 18 años de edad o más, favor de completar la: 1) Forma de Representante Autorizado 2) HIPAA Autorización de divulgar PHI (información privada de salud). No necesita completar ambos formularios.

Ambas formas HIPAA Autorización de divulgar PHI y Forma de Representante Autorizado pueden encontrarse en ebms.com bajo formas.

Información de Reclamo			
Número del Documento	Fecha de Servicio	Número del Documento	Fecha de Servicio
Número del Documento	Fecha de Servicio	Número del Documento	Fecha de Servicio

Primer Nivel de Apelación Segundo Nivel de Apelación Apelación Previo al Servicio

Razón de Apelación

Describa en sus propias palabras, por qué no está de acuerdo con la determinación de el/los reclamo(s):

Incluye hojas adicionales si es necesario. Los documentos de apoyo pueden ser necesarios para la revisión, tal como un informe operativo para una revisión de gastos de cirugía. Favor de enviar copias de documentos que apoyan su apelación, tales como las cartas médicas, informes operativos, facturas, expedientes médicos u explicación de beneficios (EOB). La revisión puede retrasarse si los documentos tienen que ser pedidos por EBMS.

Proporcione copias de la información pertinente a la reclamación con la respuesta de esta apelación.

Confirmando que la información anterior es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Su Relación al Paciente: _____
(por ejemplo, padre, tutor legal, poder médico, representante autorizado de apelaciones)