

FORMULARIO DE APELACIÓN

Instrucciones:

Llene y firme este formulario para que sea posible procesar su apelación clínica. Si el Proveedor llena el formulario, debemos recibir la confirmación por escrito de que el Proveedor está actuando a nombre del miembro. Incluya el permiso escrito y firmado por el miembro. Este formulario puede enviarse por correo a Sheree Marzka o por fax al 785-338-9020. Una vez que se reciba el formulario lleno, ValueOptions investigará su apelación y le notificará su decisión antes de que transcurran 14 días de que se reciba toda la información solicitada.

Llenando y firmando la autorización conectada para el uso o la revelación de forma médica de información, usted autoriza también ValueOptions a obtener cualquier historial médico aplicable a su apelación.

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DE VALUEOPTIONS: _____

Fecha de tratamiento: _____

Proveedor/Centro: _____

Explicación de los problemas (incluya las fechas, los nombres y adjunte hojas adicionales de ser necesario)

Su firma _____

Fecha _____

Public Sector Appeals and Denials Coordinator
(Coordinador de Apelaciones y Denegaciones del Sector Público)