

# Ascension **Personalized Care**

## Formulario de solicitud de apelación después del servicio

Indiana \_\_\_\_ Kansas \_\_\_\_ Michigan \_\_\_\_ Tennessee \_\_\_\_ Texas \_\_\_\_

Si es un miembro que presenta una apelación, complete la información de abajo e incluya cualquier expediente médico u otra documentación para respaldar su apelación. Si tiene una copia del reclamo o la Explicación de beneficios (EOB), incluya una copia con su presentación. Si usted es un médico que presenta un reclamo en nombre de un miembro, incluya una copia de la EOB, una copia del reclamo y todos los expedientes médicos o documentación para respaldar su solicitud de apelación.

### **Complete la siguiente información:**

La apelación la está presentando: Miembro \_\_\_\_ Médico \_\_\_\_ Centro \_\_\_\_ Otro representante \_\_\_\_

Si se selecciona otro representante, indique la relación con el miembro:

<i>La fecha de hoy</i>	<i>Nombre del grupo</i>
------------------------	-------------------------

<i>Primer nombre del miembro</i>	<i>Apellido del miembro</i>	<i>Número de identificación del miembro</i>
<i>Primer nombre del paciente</i>	<i>Apellido del paciente</i>	<i>Fecha de nacimiento del paciente</i>
<i>Nombre del proveedor</i>	<i>TIN/NPI del proveedor</i>	<i>Teléfono del proveedor</i>

<i>Número de reclamo</i>	<i>Fecha de reclamo del servicio</i>
--------------------------	--------------------------------------

<i>CPT/HCPCS/Servicio que se está disputando</i>
<i>Explicación de su solicitud (presente más páginas si es necesario)</i>

Envíe por correo electrónico su apelación **Después del servicio** junto con este formulario a:

[Appeal\\_Fax@abs-tpa.com](mailto:Appeal_Fax@abs-tpa.com)

También puede enviar su apelación por correo postal a:

US Health and Life Insurance Company

PO Box 1707

Troy, MI 48099-1707

Los beneficios de Ascension Personalized Care están cubiertos por US Health and Life Insurance Company.

