



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 _____		Ciudad _____	Código postal _____		
Teléfono _____ (XXX-XXX-XXXX)		Estado _____			
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 _____			Ciudad _____	Código Postal _____	
Teléfono _____ (XXX-XXX-XXXX)		Fax: _____ (XXX-XXX-XXXX)		(si corresponde) Estado _____	
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					
<i>(Se requiere la firma para una apelación de un aviso presentada por el proveedor en representación del miembro)</i>					
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:

Sendero Health Plans

Attn: Appeals

2028 East Ben White Blvd.

Suite 400

Austin, TX 78741

Fax: (512) 901-9724

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