

Solicitud de apelación del profesional de la salud en nombre de un asegurado de Medicaid

Adjunte la siguiente información para que la solicitud se procese en tiempo y forma:

1. Una copia de la *Explicación de beneficios (EOB, en inglés)*, aviso de remesa o carta de rechazo.
2. Cualquier información adicional que respalde la solicitud, como expedientes médicos, etc.

Envíe por correo el formulario completo y cualquier documento que corresponda a la siguiente dirección:

Blue Cross Community CentennialSM (Medicaid) Appeals Department, P.O. Box 27838, Albuquerque NM 87125-7838, o por fax al 888-240-3004; Attention: Appeals Coordinator.

Aviso: El asegurado o paciente debe firmar al pie de este formulario que designa quién será el representante durante este proceso.

Complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Dirección actual: _____

Número de teléfono: _____

Fechas del servicio: _____

Número de asegurado de BCBSNM: _____ Número de grupo: _____

Nombre del profesional de la salud: _____

Número de identificación nacional de proveedor (*NPI*, en inglés) del profesional de la salud: _____

Los motivos del profesional de la salud para realizar esta solicitud (incluya páginas adicionales, si es necesario):

Se adjuntan los siguientes documentos para respaldar esta solicitud:

Firma del solicitante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Yo (padre, madre, tutor o paciente) **autorizo a** _____ (profesional de la salud) **a representarme en el proceso de apelación relacionado con los servicios antes mencionados.**

Firma del asegurado/paciente: _____ Fecha: _____

***Aviso:* Si el paciente es menor de 18 años, se requiere la firma del padre, la madre o el tutor.**