



CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PROVEEDOR PRESENTE UNA APELACIÓN EN NOMBRE DEL PACIENTE/DEL AFILIADO

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Nombre del proveedor:	Identificador nacional de proveedor (NPI):
Nombre del grupo:	Teléfono:
Dirección, ciudad, estado, código postal:	

INFÓRMENOS LOS SERVICIOS QUE DESEA APELAR. INCLUYA LAS FECHAS DE SERVICIO*:

*** Asegúrese de proporcionarnos todos los documentos clínicos y de respaldo necesarios para la apelación.**

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL AFILIADO: Doy mi consentimiento para que el proveedor antes indicado presente una apelación en mi nombre ante CareSource. Esta será una apelación de la denegación de servicios de atención médica emitida por CareSource que se describen antes. He leído o me han leído este consentimiento. Me lo han explicado para que lo entienda.

Nombre del afiliado:	Número de identificación del afiliado:	Fecha de nacimiento:
Dirección, ciudad, estado, código postal:		Teléfono:
Firma del afiliado:	Fecha:	

Δ CONSENTIMIENTO DE UN REPRESENTANTE: El afiliado mencionado anteriormente no puede firmar este formulario de consentimiento. Esto se debe a los motivos que se mencionan a continuación. Doy mi consentimiento en nombre del afiliado: _____

Si la firma corresponde a alguien que no sea el afiliado/el padre o la madre del afiliado menor de edad, deberá proporcionarnos una copia del poder notarial o del documento judicial que demuestre que puede actuar en nombre del afiliado. Complete la información a continuación:

Nombre del representante:	Número de teléfono:	Relación con el afiliado:
Firma del representante:		Fecha:
Nombre del testigo:	Firma del testigo:	Fecha: