EmblemHealth | UnitedHealthcare

Formulario de Solicitud de Apelación Posterior al Servicio del Plan NYCE PPO

Llene la siguiente información cuando solicite una revisión de una determinación de beneficios adversa o la denegación de un reclamo por parte de EmblemHealth o UnitedHealthcare. Si apela en nombre de otra persona, incluya también con esta solicitud el formulario de Designación de Representante Autorizado.

Información de la solicitud

1. Fecha de hoy ____ / ____ / ____ (MM DD AAAA)
2. Nombre del paciente _____
3. Fecha de nacimiento del paciente ____ / ____ / ____ (MM DD AAAA)
4. ID de miembro _____
5. Nombre del miembro _____
6. Nombre del plan _____
7. Fecha del servicio del reclamo ____ / ____ / ____ (MM DD AAAA)
8. Número de control del reclamo _____
9. Cantidad total facturada del reclamo $ _____
10. Nombre del proveedor _____

11. ¿Incluye los registros médicos con su solicitud? Sí ◯ No ◯

Tenga en cuenta: Si no se presenta documentación médica, nuestra revisión se basará en la información que tenemos actualmente en nuestros archivos. Los registros médicos constan de notas de consultorio, resultados de laboratorio, notas e informes operativos e historial médico.

12. Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que llena el formulario, para que EmblemHealth o UnitedHealthcare puedan comunicarse con ella en caso de duda:

Nombre _____ Dirección _____

Número de teléfono _____

13. Descripción de la disputa

Envíe el formulario llenado por correo junto con la documentación médica de respaldo a:

NYCE Post Service Appeals, P.O. Box 211381, Eagan, MN 55121

© 2025 EmblemHealth. Todos los derechos reservados. © 2025 United HealthCare Services, Inc.
Todos los derechos reservados. UMF0014-NYCE-SP 1225 UA