



LEON MEDICAL CENTERS HEALTH PLANS FORMULARIO DE APELACIÓN

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Miembro: _____

Número de Identificación del Miembro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Petición Regular: **Si** _____ **No** _____

Petición Urgente: **Si** _____ **No** _____

Resumen de la Apelación:

Negación del Pago de Reclamo:

Si _____

No _____

Fecha del Servicio:

Negación de Servicio:

Si _____

No _____

Fecha del Servicio:

Nombre de los Proveedores involucrados en la apelación:

Firma del Miembro: _____ Fecha: _____

Favor de enviar este formulario y cualquier otra información pertinente por correo o fax a:

León Medical Centers Health Plans, Inc.
Grievance/Appeals Department
PO Box 65-9005
Miami, FL, 33265
FAX: 305-642-1144