



Apelación de resolución alternativa de disputa (ADR) de la decisión de servicio/tratamiento médico de la Organización de cuidados administrados (MCO)

Instrucciones

- Escriba en letra de imprenta o tipee.
• Complete este formulario según su leal saber y entender.
• Este formulario también puede ser utilizado para retirar esta apelación completando la sección de retiro de la apelación en las instrucciones.
• El empleado lesionado, el empleador, los representantes autorizados o el proveedor deben presentar esta apelación ante la Organización de cuidados administrados (MCO) del empleado lesionado.
• Use este formulario para apelar la decisión de servicio/tratamiento médico de la MCO y para dar inicio al proceso de resolución alternativa de disputa (ADR).
• Debe presentar su apelación ante la MCO dentro de los 14 días de haber recibido la notificación por escrito sobre la decisión de servicio/tratamiento médico inicial de la MCO.

El nombre del empleado lesionado y el número de reclamo de la BWC son obligatorios.

Form with two fields: Nombre del empleado lesionado and Número de reclamo de la BWC

Apelado por: (marque la casilla apropiada)

Table with 3 columns: Name, ID/Contact, and Phone Number. Rows include: Nombre del empleado lesionado, Nombre del representante del empleado lesionado, Nombre del empleador, Nombre del representante del empleador, and Nombre del proveedor.

Fecha de la carta de la decisión inicial de la MCO:

Fecha de recepción de la decisión inicial de la MCO:

Esta decisión de tratamiento/servicio fue [ ] Denegada [ ] Aprobada [ ] Enmendada
Especifique el servicio/tratamiento médico que desea apelar.

Ingrese la fecha de inicio del tratamiento solicitado: \_\_\_\_\_ Ingrese la cantidad total de tratamientos: \_\_\_\_\_ [ ] por semana durante \_\_\_\_\_ semanas 0 [ ] por mes durante \_\_\_\_\_ meses

Proporcione motivos para la apelación. Sea específico e incluya toda la información que sea relevante, cualquier evidencia nueva que le ayude a obtener una aprobación de su apelación. (Adjunte documentación adicional si fuese necesario).

Firma de la parte que presenta la apelación Fecha

Retiro de apelación

Retiro la apelación a la que se hace referencia arriba
(Firma de la parte que retira la apelación) (Fecha)