Banner University Family Care

Formulario de Consentimiento por Escrito para Apelación

De acuerdo con las regulaciones de apelación estatales y federales para Medicaid, **las apelaciones presentadas por un proveedor en nombre de un miembro deben ir acompañadas del consentimiento por escrito del miembro.** Complete este formulario y devuélvalo a Banner – University Family Care/ACC.

Nombre del miembro	
Número de identificación de miembro	
Fecha de nacimiento del miembro	
Proveedor que solicita la apelación	
Número de autorización denegada/descripción de la apelación	
Fecha de notificación *(Carta)*	

Yo, _____, doy mi consentimiento para permitir que Banner – University Family Care/ACC procese la apelación presentada por mi proveedor, _____. Favor de hablar sobre cualquier aspecto relacionado con esta apelación con mi proveedor, que puede incluir la divulgación de información médica confidencial, según sea necesario.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Miembro/Representante autorizado)

Favor de enviar el formulario por correo electrónico, fax, o correo a:
Banner – University Family Care/ACC
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711
Fax sin costo 866-465-8340 | Fax local 520-874-3462
BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

Si tiene preguntas, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 800-582-8686, TTY 711.

Atentamente,

Departamento de Quejas y Apelaciones
Banner – University Family Care

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, at no cost, are available to you. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。**800-582-8686, TTY 711**