FORMA DE APELACION DE RECLAMO

Nombre Del Empleado	# De Identificación
Nombre Del Dependiente (Si Es Aplicable)	# De Reclamo
Nombre Del Proveedor	Fecha De Servicio
Empleador	**Para Uso De Western Growers Health**

I. Fecha en que se denegó el reclamo _____ **(Tenga en cuenta: debe recibir una solicitud de revisión del reclamo denegado dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que se le envió por correo el aviso de denegación como se indica en el sobre con matasellos)**

II. Describa de la forma más completa posible los motivos de la apelación de su (s) reclamo (s):

III. Indique la sección de su DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN, en la que está basando su apelación:

IV. ¿Hay alguna otra información que le gustaría que consideremos al revisar su apelación? Explique a continuación o adjunte cualquier otro documento que pueda tener para respaldar su apelación.

Si todos los documentos necesarios se reciben con prontitud, se prevé que revisaremos su apelación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la misma y le informaremos por escrito de nuestra decisión.

Apelación Presentada Por	Fecha
Dirección	# De Telefono
Correo Electrónico	# De Fax

Todas las secciones deben completarse antes de que se pueda iniciar el proceso de apelación.
Los formularios incompletos retrasarán la decisión.
WESTERN GROWERS HEALTH CLAIMS PLAN ADMINISTRATOR | P.O. Box 2130, Newport Beach, CA 92658