HOSPITALITY PLAN
UNITE HERE HEALTH

Formulario de Solicitud/Apelación de Auto-Pago Atrasado

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante _____

N.º de seguro social_____

N.º de MID _____ N.º de plan _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

DATOS DE SU EMPLEADOR/APELACIÓN

Empleador _____

Fecha de la apelación _____

Mes base (calculado en función de la cantidad de horas/día(s) trabajado(s) _____

Mes de cobertura/mes de apelación _____

POR FAVOR ESCRIBA ABAJO SU CARTA DE APELACIÓN/EXPLICACIÓN

Al subcomité de apelaciones (The Appeals Subcommitte): _____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma _____

Para uso interno

TYPE	o Self payment o Retiree dental/medical o IPNL/EDNL/D&L	o Employee contribution o DP tax payment	o COBRA o Disability
GRANT	o First appeal in 12 months o Wrong address	o Second appeal in 12 months o Physical/mental incapacity	o Lag months o Away from residence
REFUSE	o Third appeal in 12 months o Max eligibility	o Exceeds 12 month rule o Self-pay abuse	o NSF
OTHER	_____		
PAYMENT	o Check (# _____)	o Money Order	o Credit Card

Subcomité de Apelaciones • UHH Hospitality Plan • 1901 Las Vegas Blvd. South, Ste 107 Las Vegas, NV 89104 • 855-405-3863
Fax de Apelaciones: 702-473-8109 • Correo Electrónico de Apelaciones: UNITEHEREAppeals@magnacare.com