



**Por favor, envíe este formulario e información adicional a:**

United Concordia Dental - Customer Service Unit  
Appeals and Grievance Coordinator  
P.O. Box 69420  
Harrisburg, PA 17106-9420

Persona que completa  
este formulario:

- SUScriptor                       DEPENDIENTE  
 DELEGADO AUTORIZADO  
 PADRE/TUTOR (DEBE COMPLETAR Y ADJUNTAR UN FORMULARIO DE DELEGADO AUTORIZADO)

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
NOMBRE			
DIRECCIÓN FÍSICA			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA		FECHA DE NACIMIENTO	
NÚMERO DE CONTRATO DEL MIEMBRO	NÚMERO DE GRUPO DEL MIEMBRO	TIPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal	

INFORMACIÓN DE LA APELACIÓN	
FECHA(S) DE SERVICIO(S) 1. _____ 2. _____ 3. _____	INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS (Dentista, médico, etc.) 1. Nombre _____ Dirección _____ N.º de teléfono (incluya código de área) _____ 2. Nombre _____ Dirección _____ N.º de teléfono (incluya código de área) _____ 3. Nombre _____ Dirección _____ N.º de teléfono (incluya código de área) _____
PROCEDIMIENTO O TIPO(S) DE SERVICIOS DENEGADO(S) _____ _____ Monto que se apela _____	
<b>Adjunte cualquier documentación clínica adicional que usted pueda proporcionar.</b>	
MOTIVO DE LA APELACIÓN <input type="checkbox"/> No tiene certificación previa/autorización previa <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Beneficio no cubierto/exclusión de la póliza	
DESCRIPCIÓN DE LA APELACIÓN / INFORMACIÓN ADICIONAL (Utilice páginas adicionales de ser necesario) _____ _____ _____ _____	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MIEMBRO/ DELEGADO AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
FECHA