

Post-Service Appeal Request

Please fill out the below information when you're requesting a review of an adverse benefit determination or claim denial.

The completed form and all required documentation can be emailed to memberappeal@centivo.com (use the subject line "Member appeal request"), attached to a message in the Centivo app or member portal, faxed to 716-219-1227 or mailed to:

Centivo
Attention: Member Appeals
199 Scott St, Suite 800
Buffalo, NY 14204

If you have any questions, please contact Centivo Member Care using the number listed on the back of your Centivo member ID card.

1. Today's date: _____
2. Employee name: _____
3. Patient name: _____
4. Patient DOB: _____
5. Member ID: _____
6. Date of service: _____
7. Claim number: _____
8. Provider name: _____
9. Description of dispute: _____

Please complete the following information for the person completing the form:

10. Name: _____
11. Phone: _____
12. Email: _____
13. Address: _____
14. Relationship to patient: _____

I certify that all information provided is true and accurate.

Signature: _____

Date: _____

Please submit all medical records with your appeal submission for a full and fair review. Medical records may consist of office notes, laboratory results, operative notes/reports and medical history.

If you're filing this appeal on behalf of an enrolled member, please also complete the HIPAA Authorization Form, which is available in the Centivo app or member portal or from Centivo Member Care.

1. If the Claimant has provided all the information needed to process the claim in a reasonable period of time, but not later than 30 days after receipt of the claim unless an extension has been requested, then the Claimant will be notified of a determination of benefits prior to the end of the 15-day extension period.
2. If such an extension is necessary due to a failure of the Claimant to submit the information necessary to decide the claim, the notice of extension shall specifically describe the required information, and the Claimant shall be afforded at least 45 days from receipt of the notice within which to provide the specified information.
3. If the Claimant has not provided all of the information needed to process the claim and additional information is requested during the initial processing period, then the Claimant will be notified of a determination of benefits prior to the end of the extension period, unless additional information is requested during the extension period, then the Claimant will be notified of the determination by a date agreed to by the Plan Administrator and the Claimant.

Apelación posterior al servicio

Complete la información de abajo cuando pida que se revise una determinación adversa sobre un beneficio o una denegación de un reclamo.

El formulario completado y toda la documentación requerida pueden enviarse por correo electrónico a memberappeal@centivo.com (como asunto escriba "Member appeal request"), pueden adjuntar a un mensaje en el portal o la aplicación para miembros de Centivo, por fax al 716-219-1227 o por correo a:

Centivo
Attention: Claim Appeals
199 Scott St, Suite 800
Buffalo, NY 14204

Si tiene alguna pregunta, llame al Centivo Member Care al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Centivo.

1. Fecha de hoy: _____
2. Nombre del empleado: _____
3. Nombre del paciente: _____
4. Fecha de nacimiento del paciente: _____
5. Identificación de miembro: _____
6. Fecha de servicio: _____
7. Número de reclamo: _____
8. Nombre del proveedor: _____
9. Descripción de la disputa: _____

Complete la siguiente información sobre la persona que completa el formulario:

10. Nombre: _____
11. Teléfono: _____
12. Dirección de correo electrónico: _____
13. Dirección: _____
14. Relación con el paciente: _____

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa.

Firma: _____

Fecha: _____

Si está presentando esta apelación en nombre de un miembro inscrito, también complete el Formulario de autorización según la HIPAA (HIPAA Authorization Form), que está en la aplicación de Centivo o en el portal para miembros, o puede pedirse al Centivo Member Care.

Envíe todos los expedientes médicos con su apelación para que la revisión sea completa e imparcial. Los expedientes médicos pueden consistir en notas de consultorio, resultados de laboratorio, notas/reportes de operaciones y la historia médica.

1. Si el Reclamante ha proporcionado toda la información necesaria para procesar el reclamo en un período razonable, pero no más de 30 días después de haber recibido el reclamo, a menos que se haya pedido una extensión, se informará al Reclamante de una determinación de beneficios antes de que finalice el período de extensión de 15 días.
2. Si dicha extensión es necesaria porque el Reclamante no presentó la información necesaria para tomar una decisión sobre el reclamo, la notificación de extensión deberá describir específicamente la información que se necesita, y se deberá dar al Reclamante al menos 45 días desde la recepción de la notificación para dar la información especificada.
3. Si el Reclamante no ha proporcionado toda la información necesaria para procesar el reclamo y se pide más información durante el período de procesamiento inicial, se informará al Reclamante de los beneficios antes de que termine el período de extensión, a menos que se pida más información durante el período de extensión; entonces, se informará al Reclamante de la determinación antes de la fecha que hayan acordado el Administrador del plan y el Reclamante.