

**Request Date:** \_\_\_\_\_

**RECIPIENT INFORMATION**

Recipient Name: Last, First, Middle _____ Date of Birth: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Medicaid ID #: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sex: <input type="text"/> Age: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

**REQUESTOR AND PROVIDER INFORMATION**

**PHYSICIAN'S / PROVIDER'S NAME**

Requestor's Name: _____ Requested by: <input type="checkbox"/> Facility <input type="checkbox"/> Physician/Provider <input type="checkbox"/> Recipient/Representative Phone #: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ext. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fax #: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> email: _____ ----- Provider Name: _____ _____ Provider's Medicaid ID #: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (required)	Physician's Name: Last, First, Middle _____ Phone #: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fax #: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Medicaid #: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (required) NPI: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FI License #: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

**TYPE OF SERVICE**

Indicate the service type for Recipient:

<input type="checkbox"/> Inpatient Med/Surg	<input type="checkbox"/> Home Health Visits	<input type="checkbox"/> Physical Therapy
<input type="checkbox"/> Inpatient Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Private Duty Nursing	<input type="checkbox"/> Speech-language Pathology
<input type="checkbox"/> Outpatient Surgery	<input type="checkbox"/> Personal Care Services	<input type="checkbox"/> Occupational Therapy
	<input type="checkbox"/> CDC+	<input type="checkbox"/> Dental Services

**RECONSIDERATION INFORMATION**

Date of denial notification: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Date of Admission/Start of Service: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Date of Discharge, if applicable: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Are you submitting additional clinical information? Yes  No

**REASONS FOR DISAGREEMENT WITH THE DENIAL DETERMINATION**

