

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"/> <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"/> Sex: <input type="text"/> Age: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

REQUESTOR AND PROVIDER INFORMATION

PHYSICIAN'S NAME

Requestor's Name: _____ Requested by: <input type="checkbox"/> Facility <input type="checkbox"/> Physician <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"/> <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"/> <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"/> <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"/>	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"/> <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"/> <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"/> <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"/> 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"/> <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"/> <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"/>
---	---

TYPE OF SERVICE

Indicate the service the Recipient is to/was receiving:

<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+		

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



Recipient Medicaid ID Number:

Recipient Last, First, Middle Name: _____

Date of Birth: / /

ADDITIONAL COMMENTS:
