



Solicitud de apelación de cobro para citas perdidas

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Act# _____

Fecha de la cita perdida: _____

Hora de la cita perdida: _____

Nombre de su doctor: _____

Razón de la Disputa: (Por favor seleccione una de las opciones y proporcione una breve explicación)

- Emergencia médica
- Emergencia personal (e.g., emergencia familiar)
- Problema con la transportación
- Falta de comunicación en la hora de la cita
- Otra (Por favor especifique): _____

Explicación (Por favor describa la razón de la disputa e incluya cualquier documentación de soporte que tenga):

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Por favor asegúrese de completar este formulario en su totalidad y entregarlo a la clínica en persona o enviarlo por correo a HealthTexas Medical Group Attention Appeals P.O. BOX 100026 San Antonio, Texas 78201. **Una vez la clínica reciba el formulario completo, puede tomar hasta 14 días hábiles para procesar su apelación. La decisión será comunicada a través del Portal del Paciente.** Si actualmente no está utilizando el Portal del Paciente y necesita ayuda, por favor contáctenos y estaremos encantados de ayudarle.