HARRISHEALTH

Mẫu Kháng nghị Quyết định về Điều kiện Hội đủ

Ngày:_____

Tên: _____

Địa chỉ Hiện tại: _____

Số Định danh Bệnh nhân theo Thông báo: _____

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về điều kiện hội đủ được nêu trong Thông báo của Harris Health mà quý vị đã nhận, vui lòng hoàn thành mẫu kháng nghị này và gửi qua bưu điện trong vòng sáu mươi lăm (65) ngày theo lịch kể từ ngày trên thông báo tới:

Eligibility Appeals Committee
Harris Health
P.O. Box 300488
Houston, TX 77230

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị qua thư trong vòng mười (10) ngày theo lịch kể từ khi nhận được mẫu kháng nghị. Vui lòng mô tả lý do quý vị kháng nghị quyết định dưới đây.

Tôi kháng nghị vì: _____

_____

_____

_____

_____

Chữ ký:_____Ngày:_____

This document contains protected and confidential patient health information and must be secured at all times while in use. Shred immediately after use.

Printed versions of this document are uncontrolled. Please go to the Harris Health Document Control Center to retrieve an official controlled version of the document. https://apps.hchd.local/sites/dcc.