

**HealthSystems of Mississippi Medicaid
Reconsideration Request Form**

| BENEFICIARY INFORMATION | PROVIDER INFORMATION |
|---|--|
| <p>Beneficiary Name: _____</p> <p>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"/></p> <p>Date of Birth: <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"/></p> <p>Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Age: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> | <p>Provider's Name: _____</p> <p>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"/></p> <p>Physician's / Treating Clinician's Name: (last, first) _____</p> <p>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"/></p> <p>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"/></p> |
| REQUESTER'S INFORMATION | REQUEST AND NOTIFICATION DATES |
| <p>Requested By:</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficiary/Rep. <input type="checkbox"/> Provider</p> <p><input type="checkbox"/> Physician/clinician</p> <p>Requester's Name: _____</p> <p>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"/></p> <p>Ext. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> | <p>Request Date: <input type="text"/><input type="text"/>/<input type="text"/><input type="text"/>/<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Admission/Service Start Date: <input type="text"/><input type="text"/>/<input type="text"/><input type="text"/>/<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Date of denial notice: <input type="text"/><input type="text"/>/<input type="text"/><input type="text"/>/<input type="text"/><input type="text"/></p> |
| RATIONALE/MEDICAL REASON FOR DISAGREEMENT | |
| <p>Additional information submitted: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | |
| <p>For HSM Use Only: Request Method</p> <p><input type="checkbox"/> Fax. <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Telephone</p> | <p>Time of Receipt: Telephone Request: _____</p> <p>Employee Initials: _____</p> |

MISSISSIPPI MEDICAID DISCLAIMER STATEMENT

HEALTHSYSTEMS OF MISSISSIPPI'S CERTIFICATION DETERMINATION DOES NOT GUARANTEE MEDICAID PAYMENT FOR SERVICES OR THE AMOUNT OF PAYMENT FOR MEDICAID SERVICES. ELIGIBILITY FOR AND PAYMENT OF MEDICAID SERVICES ARE SUBJECT TO ALL TERMS AND CONDITIONS AND LIMITATIONS OF THE MEDICAID PROGRAM.