



Formulario de solicitud de apelación

Para pedir una apelación, llene este formulario y envíenoslo por correo. Este nos ayudará a entender su solicitud. Le enviaremos una carta en un plazo de tres días laborales para informarle que recibimos el formulario. Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario después de recibir el formulario para informarle lo que decidamos.

Nombre del miembro: _____

Nombre del padre o tutor legal (si el servicio es para un niño): _____

No. de ID de Wellpoint Iowa, Inc.: _____

Número de referencia: _____

Nombre del proveedor que desea dar o que le dio el servicio: _____

Dirección del consultorio del proveedor: _____

Número(s) telefónico(s) del consultorio del proveedor: _____ / _____

Tipo de servicio que desea: _____

Por qué desea el servicio: _____

¿Ha recibido el servicio? Sí No

Tipo de servicio que recibió: _____

Por qué recibió el servicio: _____

Fecha en que tuvo o desea tener el servicio: _____

Por qué está pidiendo una apelación: _____

Firme y envíe este formulario a:
Member Grievances and Appeals
Wellpoint Iowa, Inc.
4800 Westown Parkway, Ste. 200
West Des Moines, IA 50266

Firma: _____ **Fecha:** _____

Miembro, padre, tutor legal o representante autorizado*

*Un representante autorizado debe ser nombrado por el miembro, padre o tutor legal. El proveedor puede actuar a nombre del miembro con el consentimiento por escrito del miembro/parte responsable. Un representante autorizado no puede tomar decisiones de cuidado de la salud que involucren la responsabilidad financiera del miembro, padre o tutor legal a menos que el miembro dé su aprobación por escrito.

Si necesita ayuda, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 833-731-2140 (TTY 711) de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, excepto en días feriados.

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas
 Aviso de no discriminación