



## Formulario de consentimiento para apelar

**Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 833-707-0867. Usted puede obtener ayuda en otros idiomas llamando a Servicios para Miembros al 833-707-0867.**

Este formulario ayudará a Wellpoint Maryland, Inc a analizar su apelación. Complételo en su totalidad. Si necesita ayuda con el formulario, llame a Servicios para Miembros al **833-707-0867 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor legal (si el servicio es para su hijo):

\_\_\_\_\_

Nombre del médico que solicitó o prestó el servicio:

\_\_\_\_\_

Nombre del hospital donde fue admitido o donde se solicita la admisión:

\_\_\_\_\_

Tipo de servicios que desea o que recibió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo por el que desea o por el que recibió el servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha en la que recibió o le gustaría recibir el servicio: \_\_\_\_\_

¿Por qué quiere que volvamos a examinar su caso? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si desea que otra persona lo ayude con su apelación o maneje su apelación por usted, escriba el nombre de la persona aquí:**

---

Envíenos este formulario y cualquier información médica que tenga sobre este servicio a la dirección que figura a continuación. También puede enviar cualquier información que piense que necesitemos examinar para su caso. Envíe este formulario a la siguiente dirección:

**Central Appeals Processing  
Wellpoint Maryland, Inc.  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429  
Fax: 844-887-6353**

Al firmar este formulario, usted le otorga a Wellpoint el derecho a obtener los expedientes médicos necesarios para revisar su apelación.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Servicios prestados por Wellpoint Maryland, Inc.