



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.