



Formulario de solicitud de apelación de Medicaid de Wellpoint

Para solicitar una apelación a un plan médico, puede llamarnos al **833-731-2160 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m. hora del Centro/**STAR Kids 844-756-4600 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, o puede completar este formulario y enviárnoslo por correo o por fax.

Por correo: Wellpoint
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: 877-881-1305

La apelación debe solicitarse a más tardar 60 días a partir de la fecha de envío del aviso.

Si desea seguir recibiendo los servicios durante el proceso de apelación, deberá hacer la solicitud a más tardar **la fecha que se la más lejana de las siguientes: 10 días a partir de la fecha de envío del aviso o la fecha en que los servicios cambiarán.**

Marque el tipo de apelación que desea:

Seleccione solo una.

Apelación al plan médico

Apelación de emergencia al plan médico*

* Las apelaciones de emergencia al plan médico solo deben solicitarse si cree que su salud se verá gravemente perjudicada al tener que esperar el resultado de la decisión sobre la apelación al plan médico.

Número de referencia: _____

¿Desea seguir recibiendo los servicios? Sí No

Debe solicitar la continuación de sus servicios antes **la fecha que se la más lejana de las siguientes: 10 días a partir de la fecha de envío del aviso o la fecha en que los servicios cambiarán.**

Puede hacer esta solicitud por teléfono. Llámenos al **833-731-2160 (TTY 711)/STAR Kids 844-756-4600 (TTY 711)** si cree que este formulario no nos llegará por correo antes de la fecha límite.

Los datos personales de usted*

Nombre del beneficiario:	Padre, madre o representante autorizado:
ID de Medicaid del beneficiario o número de asegurado:	Teléfono de preferencia:

* Si alguno de sus datos de contacto ha cambiado, llame al agente de inscripción al **800-964-2777** o a Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)/STAR Kids 844-756-4600 (TTY 711)**.

Información del representante autorizado o los padres

Usted puede representarse a sí mismo. Si desea que alguien le represente, por ejemplo, un padre, un familiar o un amigo, complete la siguiente información. Al llenar esta sección, usted autoriza a su representante designado a presentar apelaciones y obtener información en su nombre.

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:

Motivo de la apelación

Esta sección es opcional. Puede llenarla para informarnos sobre los servicios que son objeto de la apelación y por qué cree que los necesita.

Servicios objeto de la apelación:
Por qué los necesita:

Firme este formulario:

Al firmar este formulario, usted o su representante autorizado están solicitando una apelación y dando a su plan médico, Wellpoint, la autorización para obtener sus expedientes médicos y ponerse en contacto con su representante para la apelación, si lo tiene.

Firma del beneficiario/representante autorizado

Nombre en letra de molde Fecha

Los miembros de Wellpoint en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Wellpoint Insurance Company. Todos los otros miembros de Wellpoint en Texas son atendidos por Wellpoint Texas, Inc.