



FORMULARIO DE APELACIÓN MÉDICA

Por favor llene este formulario. Usted no tiene que enviarnos el formulario, pero el mismo ayudará a Wellpoint a revisar su apelación. Por favor llene todo el formulario. También puede llamarnos para pedir una apelación o si necesita ayuda con este formulario. Llame a Servicios al Miembro al 833-731-2160. Procesaremos la solicitud de apelación que hizo por teléfono incluso si usted no envía este formulario.

Le enviaremos una carta dentro de 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. La carta le informará la decisión que tomamos.

REF: Nombre del miembro: _____

Número de ID del miembro: _____

Número de ID de CHIP: _____

Nombre del padre o tutor legal
(Si el servicio es para su hijo): _____

Número de referencia o autorización de la carta de rechazo: _____

Tipo de servicios que quería o recibió: _____

Por qué quería o recibió el servicio: _____

Fecha en que tuvo o quería recibir el servicio: _____

Por qué está apelando: _____

Usted puede enviarnos este formulario y cualquier otra información que piense que necesitamos para revisar su apelación a la dirección a continuación.

Autorizo a _____ a apelar en mi nombre/en nombre de mi hijo.

Envíe este formulario a:

**Health Care Management Services/Appeals
Wellpoint
2505 N Hwy 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050**

Al firmar este formulario, usted le está otorgando a Wellpoint el derecho a obtener cualquiera de sus registros médicos que necesitamos revisar para su apelación.

Su firma: _____
(Miembro o padre/tutor legal del miembro)

Fecha: _____