wellpoint.com/tx/medicaid

Formulario de reclamo del miembro

Complete y firme este formulario. Devuélvalo a Wellpoint en el sobre franqueado adjunto. **Debe enviarnos este formulario para que podamos revisar su reclamo.** Examinaremos sus preocupaciones y le informaremos lo que encontremos.

Llame a Wellpoint si necesita ayuda para completar este formulario. Llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al **833-731-2160**. Miembros de STAR Kids, llamen al **844-756-4600**. Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al **711**.

Nombre del miembro:	
No. de ID Wellpoint del miembro:	
No. de ID de Medicaid o CHIP:	
Fecha de nacimiento:	

Cuéntenos sobre su reclamo (proporcione fechas y nombres; utilice hojas adicionales, de ser necesario):

Su firma:		Fecha:	