



Formulario de consentimiento para reclamos de los miembros

Si lo desea, alguien puede actuar en su nombre para presentar una solicitud de reclamo. La persona que mencione a continuación será aceptada como su representante autorizado. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que hayamos recibido este formulario de su parte en el que nos dice quién quiere que lo represente. Si necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2140 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Envíenos este formulario a:

Wellpoint Grievance and Appeals
4800 Westown Pkwy, Ste 200
Des Moines, IA 50266
Fax: 877-881-1305

Nombre del miembro: _____

Identificación del miembro: _____

Yo, _____ doy mi permiso para que
(Nombre en letra de imprenta del miembro, o de su padre, madre o tutor)

_____ solicite un reclamo
(Nombre en letra de imprenta del representante autorizado) en mi nombre.

1. Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta):

2. Dirección del representante autorizado:

Dirección o apartado postal Núm. de apartamento

Ciudad Estado Código postal

() _____

Número de teléfono

Firma del miembro (o su padre, madre o tutor)*: _____

* Relación con el miembro: ☐ Miembro ☐ Padre o madre ☐ Tutor

Fecha: _____

Sin este consentimiento, el reclamo será desestimado.

wellpoint.com/ia/medicaid

1087883IAMSPWLP 12/25

