

Formulario de solicitud de apelación para el inscrito

Gracias por elegir a Wellpoint District of Columbia, Inc. como su plan médico. Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos, utilice este formulario para comunicarse con nosotros.

Nombre del inscrito:

Nombre de la madre, el padre o el tutor legal
(si el servicio es para un niño):

N.º de identificación del inscrito:

Fecha de nacimiento del inscrito:

Nombre del médico que presta el servicio:

Número de autorización:

Dirección del proveedor:

Número(s) de teléfono(s) del consultorio del proveedor:

Tipo de servicio que quiere:

Motivo para solicitar el servicio:

Fecha del servicio prestado:

Proveedor/persona autorizada:

Motivo de la apelación:

Puede enviar este formulario al Departamento de Apelaciones por los siguientes medios:

Fax: **866-516-4806**

Correo electrónico: **MedicaidDCGA@elevancehealth.com**

Correo postal: Wellpoint District of Columbia, Inc.

Enrollee Appeals, P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466-2429

Al firmar, el inscrito está dando su aprobación para que su proveedor u otro representante que elija actúe en su nombre en relación con esta apelación.

Firma:

Fecha:

Cobertura proporcionada por Wellpoint District of Columbia, Inc.

