Formulario de representante autorizado para apelación del miembro

Envíe este formulario a:

Por correo: Central Appeals Processing
Wellpoint Maryland, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Por fax: 844-887-6353

Un representante autorizado es alguien que tiene permiso legal para actuar en su nombre ante Wellpoint Maryland, Inc., como un familiar, un amigo, un proveedor o un abogado.

Nombre del miembro (nombre, segundo nombre, apellido)

_____

Dirección del miembro (dirección, ciudad, estado, código postal)

_____

Fecha de nacimiento del miembro _____/_____/_____

Núm. de identificación del miembro _____

Número de teléfono del miembro _____

Servicio(s) en la apelación: _____

Nombre y credenciales del representante que apela en nombre del inscrito

_____

Dirección del proveedor o representante _____

Número de teléfono del proveedor o representante _____

wellpoint.com/md/medicaid

1071149MDMSPWLP 10/24

Wellpoint ha denegado los servicios indicados. Al firmar a continuación, usted autoriza al proveedor o representante a apelar esta denegación por usted.

Nombre del miembro en letra de imprenta _____

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Servicios prestados por Wellpoint Maryland, Inc.

La información en esta carta es confidencial y contiene información médica protegida. La información debe tratarse como confidencial, privada y protegida de conformidad con la Ley del Seguro Social y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las reglamentaciones de implementación. Esta información solo podrá divulgarse de conformidad con las regulaciones federales que se encuentran en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 480.107-108. Representante autorizado según se define en el Código de Regulaciones de Maryland (COMAR) 10.01.04.12.