

# Clover Health

## Formulario de solicitud para retirar una apelación

Nombre del miembro:		
ID número del miembro:	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Número de teléfono: (____) ____ - ____

POR MEDIO DEL PRESENTE, RETIRO MI SOLICITUD DE APELACIÓN PRESENTADA EL (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA (breve descripción del asunto correspondiente a la apelación):

<b>Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro:</b>
Nombre del representante:
Número de teléfono: (____) ____ - ____
<b>Firma:</b>
Firma del miembro o representante:
Fecha de hoy: ____/____/____

Devolver el formulario a:  
Clover Health  
Attention: Appeals and Disputes  
P.O. Box 2091  
Jersey City, NJ 07303

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ambos con contratos de Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-778-1478 (TTY 711) para obtener más información.