



Formulario de solicitud de apelación del miembro

Instrucciones: Complete este formulario y adjunte cualquier documento que nos ayudará a entender su solicitud de apelación.

Envíe por correo a: **Anthem Blue Cross and Blue Shield
Member Appeals and Grievances
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466**

También puede pedir una apelación por teléfono. Solo tiene que llamar al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación del miembro. Le enviaremos una respuesta en un plazo de 30 días calendario de cuando recibamos este formulario.

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Identificación del miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Información sobre la apelación

Usaremos la información que nos proporcione a continuación para evaluar su apelación. Esta será incluida como parte del registro permanente de la apelación. Escriba con claridad y legiblemente. Utilice más hojas de papel de ser necesario.

Fecha de servicio: _____

Tipo de servicio: _____

Resultado deseado: _____

X _____

Firma del miembro

Fecha

(Padre o tutor si el miembro es menor de edad.)

Si el demandante no puede firmar por motivos físicos, yo, el Representante autorizado, certifico que (demandante) _____ no puede firmar este formulario por motivos físicos.

Describa la incapacidad que afecta al demandante.

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del rep. autorizado (impresión) _____
Nombre Apellido

[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan,
Hoosier Care Connect e
Indiana PathWays for Aging

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.