



## Formulario de reclamos del miembro

Instrucciones: Complete este formulario. Incluya cualquier documento relacionado.

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

También puede presentar un reclamo por teléfono. Llame al **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); **TTY 711**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Núm. de ID del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información sobre el reclamo

Esta información formará parte del registro permanente. Escriba con letra legible. Use papel adicional, si lo necesita.

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Describa lo que sucedió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del miembro (padre o tutor si el miembro es menor de edad):

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

