



MEMBER CONSENT FOR PROVIDER TO FILE AN APPEAL

This form is for a member to allow a provider to file an appeal on his/her behalf.

PROVIDER INFORMATION:

Provider's Name:		National Provider Identifier (NPI) Number (if known):	
Group Name:		Phone Number:	
Address:	City:	State:	Zip Code:

Description of service(s) to be appealed:

Date(s) of service: _____

MEMBER INFORMATION:

Member's Name:	Anthem HealthKeepers Plus ID:	Date of Birth:	
Address:	City:	State:	Zip Code:

I agree to let the provider above file an appeal for me with Anthem HealthKeepers Plus for the services described above. I've read this form or have had it read to me. I understand the information in the form and give my consent to this provider to file an appeal for me.

Member's signature: _____ Date: _____

CONSENT FROM A DESIGNATED REPRESENTATIVE:

The member above can't sign this consent form for the reason(s) below:

I am allowed to consent on behalf of the member above and hereby give my consent:

Representative's name (print): _____ Relationship to member: _____

Representative's signature: _____ Date: _____

Witness name (print): _____ Signature: _____ Date: _____

Mail this form and any relevant documents to:

**Central Appeals Processing
Anthem HealthKeepers Plus
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429**



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA QUE EL PROVEEDOR PRESENTE UNA APELACIÓN

Este formulario es para que un miembro le permita a un proveedor que presente una apelación en su nombre.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Nombre del proveedor:		Número de identificador nacional del proveedor (NPI) (si se conoce):	
Nombre del grupo:		Número telefónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Descripción del (de los) servicio(s) a ser apelado(s):

Fecha(s) del servicio: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro:	ID de Anthem HealthKeepers Plus:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Acepto permitirle al proveedor mencionado arriba que presente una apelación por mí ante Anthem HealthKeepers Plus para los servicios descritos arriba. He leído este formulario o me lo han leído. Entiendo la información en el formulario y doy mi consentimiento a este proveedor para que presente una apelación por mí.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE UN REPRESENTANTE DESIGNADO:

El miembro mencionado arriba no puede firmar este formulario de consentimiento por el (los) motivo(s) a continuación:

Realizar actividades de abogacía a nombre del miembro y la familia

Nombre del representante (letra de imprenta): _____ Relación con el miembro: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo este formulario y cualquier documento relevante a:

**Central Appeals Processing
Anthem HealthKeepers Plus
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429**