



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.

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del rep. autorizado (impresnta) _____
Nombre Apellido

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas
Aviso sobre no discriminación

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