

Explique cuál información está incorrecta o incompleta. Además, explique por qué está incorrecta o incompleta.

Para estar correctos y completos, ¿qué deben decir sus registros?

Liste los nombres y direcciones de personas que han recibido esta información. ¿Necesita más espacio? Adjunte una hoja aparte.

Nombre

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Esto será revisado y podrá o no ser cambiado en su registro. Recibirá una respuesta en un plazo de 30 a 60 días después de que Anthem reciba su solicitud.

Al firmar este formulario, doy permiso a Anthem para que contacte a las personas que listé acerca de mi información modificada.

Nombre y firma del solicitante o miembro:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

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

anthem.com/inmedicaid

**Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan
y Hoosier Care Connect**

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.