



SOLICITUD PARA CANCELAR UNA RESTRICCIÓN

Fecha de la solicitud:

(Mes/día/año)

Nombre del miembro:

Nombre Segundo nombre Apellido

Número de ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro:

(Mes/día/año)

Dirección del miembro:

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del solicitante (si es distinto al miembro):

Nombre Segundo nombre Apellido

Relación del solicitante con el miembro: _____

(Nota: En los archivos de Anthem debe haber permiso por escrito de modo que la información que se está solicitando pueda ser divulgada. Si este permiso no está en archivos, solicite un formulario para Designar un representante personal y envíelo a Anthem. Esto no es necesario para el padre de un niño menor).

Número telefónico del solicitante: _____

Cancele la restricción que solicité el _____ (fecha requerida).
(Mes/día/año)

Me gustaría que la restricción sea cancelada:

Inmediatamente (en un plazo de cinco días laborales desde el recibo por parte de Anthem de esta solicitud)

A partir de la siguiente fecha:

(Mes/día/año)

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