



Formulario de solicitud de apelación para miembros

Instrucciones: Complete este formulario y adjunte cualquier documento que nos ayudará a entender su solicitud de apelación.

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

También puede pedir una apelación por teléfono. Solo tiene que llamar al número telefónico impreso en su tarjeta de identificación de miembro de Anthem. Le enviaremos una respuesta en un plazo de 30 días calendario de cuando recibamos este formulario.

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____ ID del miembro: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

Información sobre la apelación

Usaremos la información que nos proporcione abajo para evaluar su apelación. Esta será incluida como parte del registro permanente de la apelación. Escriba con claridad y legiblemente. Utilice más hojas de papel de ser necesario.

Fecha del servicio: _____

Tipo de servicio: _____

Resultado deseado: _____

X _____ Fecha
Firma del miembro (Padre o tutor si el miembro es menor de edad)

www.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. Los nombres y símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Call for free translation/Llame para una traducción sin costo: 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.