



**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**