



FORMULARIO DE REPRESENTANTE DE APELACIONES DEL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____

Dirección del miembro: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Elijo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre y me represente en mi proceso de apelación ante Healthy Blue: _____

(Nombre del representante)

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Envíe por correo o por fax a:

Medical - Healthy Blue Appeals Department

Healthy Blue

P.O. Box 100215

Columbia, SC 29202-3215

Fax number: 803-870-6505

www.HealthyBlueSC.com

BlueChoice HealthPlan es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

[CarelonRx es una compañía independiente que administra los beneficios de farmacia para miembros de Healthy Blue en nombre de BlueChoice HealthPlan.

[CVS Caremark®, es una compañía independiente que brinda servicios de revisión de utilización en nombre de BlueChoice HealthPlan.]