



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:

Pharmacy - CarelonRx Appeals Department

P.O. Box 775370

St. Louis, MO 63177

Fax number: 844-430-6802

CVS Caremark Specialty Drug Appeals Department

800 Biermann Court

Mount Prospect, IL 60056

Phone Number: 844-345-2803 (TTY 711)

Fax number: 888-648-9622

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.]