

FORMULARIO DE REPRESENTANTE DE RECLAMOS 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 reclamos ante Healthy Blue:

(Nombre del representante)

Firma del miembro:

Fecha:

Envíe por correo o por fax a:

Pharmacy - CarelonRx Grievance Department

P.O. Box 775370

St. Louis, MO 63177

Fax number: 844-430-6802

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.]