

Formulario de reclamos para miembros

Instrucciones: Complete este formulario y adjunte todos los documentos relacionados.

Por correo postal:

Specialty Drug – Healthy Blue Grievance Department
P.O. Box 100317
Columbia, SC 29202-3317

Pharmacy - CarelonRx Grievance Department
P.O. Box 775370
St. Louis, MO 63177

También puede presentarlo por teléfono. Solo debe llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Núm. de identificación del miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Información sobre el reclamo

Esta información forma parte del registro permanente. Escriba con claridad. Use otra hoja si es necesario.

Fecha del incidente: _____

Describa lo que sucedió (use otra hoja si es necesario):

X _____
Firma

Fecha

www.HealthyBlueSC.com

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