

FORMULARIO PARA EL REPRESENTANTE DEL MIEMBRO EN LA APELACIÓN

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 el proceso de apelación ante Healthy Blue: _____

(Nombre del representante)

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Envíelo por correo a:

**Healthy Blue
Appeal and Grievance Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax number 1-866-216-3482**

Si lo envía por fax, también debe enviar el que completó al departamento de Apelaciones a la dirección que se detalla arriba.

www.HealthyBlueSC.com

BlueChoice HealthPlan es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
BlueChoice HealthPlan tiene un contrato con Amerigroup Partnership Plan, LLC, una compañía independiente, para obtener servicios de asistencia para la administración de Healthy Connections.

Notificación de no discriminación

BlueChoice HealthPlan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. BlueChoice HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Servicios lingüísticos

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. Llámenos a la línea gratuita al 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634).