



Healthy Blue

Formulario de solicitud de apelación del miembro

Llene este formulario y adjunte cualquier documento que nos ayude a entender su solicitud de apelación. Envíe por correo o por fax el formulario y los documentos a la siguiente dirección:

Correo postal: Attn: Appeals and Grievances
Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Fax: 877-881-1305

No se requiere un formulario de apelación para presentar una apelación. También puede presentar una apelación llamando a Servicios para Miembros al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro o a través de la aplicación **SydneySM Health**. Le enviaremos una respuesta tan pronto como su condición médica lo requiera o dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de este formulario o de su llamada.

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____ Número de CIN/identificación del miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () _____

Información sobre su apelación

Usaremos la información que nos proporcione a continuación para evaluar su apelación. Se incluirá como parte del registro permanente de la apelación. Escriba con claridad y legiblemente. Utilice más hojas de papel de ser necesario.

Fecha de servicio: _____

Tipo de servicio: _____

Resultado deseado: _____

healthybluekansas.com/medicaid

Firma del miembro (o del padre, de la madre o del tutor si el miembro es menor de edad):

X _____ Fecha: _____

Si el demandante no puede firmar por motivos físicos, yo, el representante autorizado, certifico que (demandante) _____ no puede firmar este formulario por motivos físicos.

Describa la incapacidad que afecta al demandante.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta): _____
Nombre Apellido

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Kansas, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.