

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:

Medical & Specialty Drug – Healthy Blue Grievance Department

P.O. Box 100317

Columbia, SC 29202-3317

Fax number: 803-870-6510

www.HealthyBlueSC.com

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

[CarelRx 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.]