



Formulario para representante de reconsideración y apelación

Es posible que otra persona actúe en nombre de usted en una reconsideración o apelación. No podremos hablar con nadie que actúe en su nombre en una reconsideración o apelación hasta que hayamos recibido este formulario. La persona que mencione a continuación será aceptada como su representante.

Envíenos de vuelta este formulario por fax, correo electrónico o correo postal:

Por fax: 1-888-873-7038

Por correo electrónico: LA1appeals@healthybluel.com

Por correo postal: Healthy Blue
ATTN: Appeals Department
3850 N. Causeway Blvd., Ste. 600
Metairie, LA 70002

Yo, _____, deseo que la siguiente persona actúe en mi nombre en mi reconsideración o apelación. Comprendo que la información personal de salud relacionada con mi cuidado puede otorgarse a mi representante.

Nombre del representante: _____

Núm. de teléfono del representante: _____

Dirección del representante: _____

Relación del representante con el miembro: _____

Si su representante es un proveedor de cuidado de la salud, mencione la especialidad del proveedor:

Núm. de referencia y breve descripción de la reconsideración o apelación:

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____



Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a Servicios al Miembro al 1-844-521-6941 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.