



### 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:

Para solicitar un representante para su **reconsideración**:

Fax: 1-844-429-9629

Correo electrónico: [LA1P2P@anthem.com](mailto:LA1P2P@anthem.com)

Correo postal: Healthy Blue, 3850 N. Causeway Blvd., Ste. 600, Metairie, LA 70002

Para solicitar un representante para su **apelación**:

1-888-873-7038

[LA1appeals@healthybluel.com](mailto:LA1appeals@healthybluel.com)

Healthy Blue, 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.