



Formulario de solicitud de apelación del miembro

Si recibió un Aviso de determinación adversa de beneficios o denegación de Healthy Blue y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una apelación oralmente o por escrito. Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en el Aviso de determinación adversa de beneficios o denegación. Si solicita una apelación por escrito, puede enviárnosla completando este formulario o enviando una carta a la dirección que figura a continuación o por fax al número de fax que figura a continuación. Le enviaremos una carta con nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su apelación.

Por correo postal:

Pharmacy - CarelonRx Appeal Department

P.O. Box 775370

St. Louis, MO 63177

Fax number: 844-430-6802

CVS Caremark Specialty Drug Appeals Department

800 Biermann Court

Mount Prospect, IL 60056

Phone Number: 844-345-2803 (TTY 711)

Fax number: 888-648-9622

Si necesita ayuda con este formulario, llame al Servicio al Cliente de Farmacia al **866-781-5094** (TTY **866-773-9634**), las 24 horas del día, todos los días.

www.HealthyBlueSC.com

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