



Healthy Blue



P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

Request for Appeal (Member Form)

Thank you for choosing Healthy Blue as your health plan. Your health is very important to us. If you got a Notice of Adverse Benefit Determination letter from Healthy Blue and you disagree with our decision, you may fill out this form to ask for an appeal. Please fill out and mail us this form. It will help us look at your request.

You must ask for an appeal within 60 calendar days from the date on the Notice of Adverse Benefit Determination letter.

Case number:
Member ID #:
Member name:
Date request received:

Is this an expedited (fast) request?
 Yes No

Appeal Requestor: _____

Relationship to Member: _____

Parent's or Guardian's Name (if service is for a child): _____

Name of doctor who wants to give or who gave you the service: _____

Doctor office address: _____

Doctor office phone number(s): _____ / _____

Type of service you want or got: _____

Why you want or got the service: _____

Reason for Healthy Blue denial (from Adverse Benefit determination denial notice):

- Will not pay for a medical service I received.
- Will not say it is OK for me to get a medical service.
- Stopped paying for a medical service I was receiving.
- Took too long to decide if it would pay for a medical service

Date you had or want to have the service: _____

Why you are asking for an appeal: _____

Sign and send this form to us:

Mail to:

Central Appeals Processing
Healthy Blue - NE
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Fax to: 866-387-2968

You may also ask for an appeal by sending a letter to the address above or faxing a letter to the fax number above. We will send you a letter with what we decide within 30 calendar days from the date we get your appeal.

Signature: _____ **Date:** _____
Member, Parent, Legal Guardian, or Authorized Representative*

*An authorized representative must be named by the member, parent, or legal guardian. The provider may act on behalf of the member with the member's/responsible party's written consent. An authorized representative cannot make health care decisions that involve the financial responsibility of the member, parent, or legal guardian unless it is put in writing.

This form has information you need. If you need help with your request for an appeal, continuation of services coverage, expedited appeal, or need an interpreter or a verbal translation, please call Member Services toll free at 833-388-1405. You can call during our normal business hours from 8 a.m. to 5 p.m. Central time, Monday through Friday, except holidays. If you are deaf or hearing impaired, please call 711.

Healthy Blue complies with all applicable federal civil rights laws. We do not exclude or treat people in a different way based on race, color, national origin, age, disability or sex.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats at no cost to you. That includes Braille, audio, large print, and providing American Sign Language interpreter services. Just give us a call at 833-388-1405 (TTY 711).

Si su lengua materna no es el inglés, podemos brindarle una traducción. También podemos brindarle información en otros formatos sin costo alguno para usted. Esto incluye braille, audio, letra grande y servicios de interpretación del lenguaje de señas estadounidense. Simplemente llámenos al 833-388-1405 (TTY 711).

Healthy Blue is the trade name of Community Care Health Plan of Nebraska, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.



Healthy Blue



P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

Solicitud de apelación (formulario del miembro)

Gracias por elegir Healthy Blue como su plan de salud. Su salud es muy importante para nosotros. Si recibió un Aviso de determinación adversa de beneficios de Healthy Blue y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede completar este formulario para solicitar una apelación. Complete este formulario y envíelo por correo. Nos ayudará a revisar su solicitud.

Recuerde que debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la carta con el Aviso de determinación adversa de beneficios.

Número de caso:
Núm. de identificación de miembro:
Nombre del miembro:
Fecha de recepción de la solicitud:

¿Es una solicitud acelerada (rápida)?
 Sí No

Solicitante de la apelación: _____
Relación con el miembro: _____
Nombre de la madre, el padre o el tutor legal (si el servicio es para un niño):

Nombre del médico que desea prestarle el servicio o que ya se lo prestó:

Dirección del consultorio del médico: _____

Número(s) telefónico(s) del consultorio del médico: _____/_____
Tipo de servicios que desea o que recibió: _____
Por qué quiere o recibió el servicio: _____

Motivo de la denegación de Healthy Blue (según la notificación de denegación con la determinación adversa de beneficios):

- Se niega a pagar un servicio médico que recibí.
- No autoriza que yo reciba un servicio médico.
- Dejé de pagar un servicio médico que estaba recibiendo.
- Demoró demasiado tiempo para decidir si pagaría un servicio médico.

Fecha en que recibió o desea recibir el servicio: _____
Motivo por el cual solicita una apelación: _____

Firme este formulario y envíenoslo:

Envíelo por correo a:

Central Appeals Processing
Healthy Blue - NE
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Envíelo por fax al: 866-387-2968

También puede solicitar una apelación enviando una carta a la dirección que aparece arriba o enviándola por fax al número de fax que aparece más arriba. Le escribiremos para informarle la decisión dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que hayamos recibido su apelación.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Miembro, padre, madre, tutor legal o representante autorizado*

*El miembro, el padre, la madre o el tutor legal deben designar al representante autorizado. El proveedor puede actuar en nombre del miembro si posee el consentimiento escrito del miembro o de la parte responsable. El representante autorizado no puede tomar decisiones sobre la atención de la salud que involucren la responsabilidad financiera del miembro, del padre, de la madre o del tutor legal, a menos que conste por escrito.

Este formulario tiene la información que necesita. Si necesita ayuda con su solicitud de apelación, continuidad de cobertura de servicios o apelación acelerada, o si necesita un intérprete o traducción oral, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al 833-388-1405. Puede llamar en el horario de atención habitual, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro, excepto los días feriados. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al 711.

Healthy Blue cumple con todas las leyes federales de derechos civiles vigentes. No excluimos a las personas ni las tratamos diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats at no cost to you. That includes Braille, audio, large print, and providing American Sign Language interpreter services. Just give us a call at 833-388-1405 (TTY 711).

Si su lengua materna no es el inglés, podemos brindarle una traducción. También podemos brindarle información en otros formatos sin costo alguno para usted. Esto incluye braille, audio, letra grande y servicios de interpretación del lenguaje de señas estadounidense. Simplemente llámenos al 833-388-1405 (TTY 711).

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