

Formulario de solicitud de apelación del miembro

N.º de identificación de Healthy Connections: _____

Fecha de apelación: _____

Nombre del miembro: _____

Motivo de la apelación:

Firma del miembro

Fecha

o

Firma del representante autorizado*

Relación con el miembro

Fecha

Firma del representante de First Choice que manejó la solicitud verbal de apelación

Fecha

Devolver a:

First Choice Member Services
P.O. Box 40849
Charleston, SC 29423-0849

*Para desempeñarse como un representante autorizado en nombre de un miembro usted también debe adjuntar la autorización escrita del miembro.

FC-02152016-M-002.2_clean