

Solicitud Escrita De Apelación Del Miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha: _____

de identificación de AmeriHealth Caritas ID#: _____

Padre/Tutor legal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

(Indicado en la tarjeta de identificación de AmeriHealth Caritas)

Otro seguro: _____

Por favor incluye información adicional de respaldo de su solicitud:

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

O

Firma del representante personal: _____

Relación con el miembro: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe a: AmeriHealth Caritas Louisiana
P.O. Box 7326
London, KY 4074-7344

You can have this information in other languages and formats at no charge to you. You can also have this interpreted over the phone in any language. Call Member Services at **1-888-756-0004**. For TTY, call **1-866-428-7588**.

Quý vị có thể có thông tin này bằng các ngôn ngữ và định dạng khác miễn phí. Quý vị cũng có thể có thông tin này thông dịch ra bất kỳ ngôn ngữ nào qua điện thoại. Xin gọi Dịch vụ Thành viên số **1-888-756-0004**.

Puede obtener esta información en otros idiomas y formatos sin costo. También se le puede interpretar esto por teléfono en cualquier idioma. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-756-0004**.



www.amerihealthcaritasla.com