

# Formulario de apelaciones

<b>Fecha</b> (Mes/Día/Año)	<b>Número de identificación</b>	<b>Nombre del Suscriptor</b>
<b>Nombre del Paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento del Paciente</b>	
<b>Dirección del Paciente</b>	<b>Ciudad, Estado, Código Postal del Paciente</b>	
<b>Número de teléfono durante el Día</b> (incluya código de área)	<b>Correo Electrónico</b>	
<b>Nombre de la persona sometiendo la apelación</b> (Si es diferente del paciente)	<b>Firma del Representante</b> (Si es diferente paciente)	

## Información del Reclamo

<b>Fecha(s) De Servicio</b>	<b>Número del Reclamo(s)</b>
<b>Nombre del Proveedor</b> (liste todos los que apliquen)	

Brevemente describa la razón de su apelación

**Envíe las respuestas por correo, fax o correo electrónico a:**

BlueAdvantage Administrators of Arkansas  
P.O. Box 1460  
Little Rock, AR 72203-1460

**Fax:**  
501-378-2379

**Correo Electrónico:**  
[TysonServiceTeamBlueAdvClms@arkbluecross.com](mailto:TysonServiceTeamBlueAdvClms@arkbluecross.com)

Envíe su aviso de denegación y cualquier documentación que respalde su apelación junto con este formulario completo a la dirección que figura a continuación. Asegúrese de guardar copias de todos los documentos y correspondencia relacionados con su apelación.

Comuníquese con Servicio al cliente al **1-800-452-6199** si tiene preguntas o necesita ayuda.