

## Member Appeal Form

To appeal a claim or denial of service in whole or in part, your request must be filed within 180 days of the initial determination. Please attach copies of all documentation you may have in relation to this appeal and include any additional information which may support your appeal. This form and any accompanying documents may be mailed or faxed to:

Premera Blue Cross  
 Member Appeals Department  
 PO Box 91102  
 Seattle, WA 98111-9202  
 Fax: 425-918-5592

### Member Information

Member Name:		Date of Birth:
Identification Number:		Group/Policy Number:
Address:		
City:	State:	ZIP:
Home Phone#:	Cell Phone#:	Email Address:

### Claim/Service You are Appealing

Have services already been rendered?	
<input type="checkbox"/> Yes	Please complete Claim Information section
<input type="checkbox"/> No	Please complete Pre-Service Information section

### Claim Information

Provider of Care (e.g.: Doctor's name, hospital, laboratory):		
City:	State:	ZIP:
Date of Service:	Claim Number:	Total Charge:

### Pre-Service Information

Provider of Care (e.g.: Doctor's name, hospital, laboratory):		
City:	State:	ZIP:
Service/Procedure:	Pre-Service Benefit Advisory Number:	

### Brief Description of Appeal (use additional pages if necessary and/or attach supporting documentation)

---



---

Member Signature: <b>X</b>	Date:
Parent or Legal Guardian Signature: <b>X</b>	Date:

### Discrimination is Against the Law

Premera Blue Cross complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### Getting Help in Other Languages

**This Notice has Important Information.** This notice may have important information about your application or coverage through Premera Blue Cross. There may be key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 800-722-1471 (TTY: 800-842-5357).

**Español (Spanish): Este Aviso contiene información importante.** Es posible que este aviso contenga información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Premera Blue Cross. Es posible que haya fechas clave en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 800-722-1471 (TTY: 800-842-5357).

**中文 (Chinese): 本通知有重要的訊息。**本通知可能有關於您透過 Premera Blue Cross 提交的申請或保險的重要訊息。本通知內可能有重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或者費用補貼。您有權利免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 800-722-1471 (TTY: 800-842-5357)。

**Tiếng Việt (Vietnamese): Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng.** Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin tham gia hoặc hợp đồng bảo hiểm của quý vị qua chương trình Premera Blue Cross. Xin xem ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số 800-722-1471 (TTY: 800-842-5357).

**Tagalog (Tagalog): Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon.** Ang paunawa na ito ay maaaring naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Premera Blue Cross. Maaaring may mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 800-842-5357).