

Formulario de representante para quejas o apelaciones



Este formulario le permite darle autorización a una persona para presentar una apelación o queja en su nombre. Este formulario no otorga acceso general a su información médica protegida.

IMPORTANTE: El miembro debe firmar y fechar este formulario.

Información del miembro (escriba claramente con letra de molde)

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento

Número de ID de miembro de WellSense

Teléfono

Detalles de la apelación o queja o número de caso

Por la presente, autorizo a la persona que se indica a continuación a actuar como mi Representante para la queja del miembro o la apelación interna del miembro antes mencionada. Entiendo que estoy otorgando a esta persona permiso para actuar en mi nombre, lo cual puede incluir la revisión de información médica o de pagos relacionada con la queja o apelación interna mencionada. WellSense Health Plan actuará sobre la base de esta información hasta que revoque o modifique esta autorización por escrito. Esta autorización vence en la fecha en que WellSense envíe por correo la notificación de decisión sobre la queja o apelación interna relacionada con este asunto. Al escribir mi nombre a continuación, confirmo que soy la persona indicada y que mi firma es legalmente vinculante. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento comunicándome con WellSense a wellsense.org/contact-us.

Firma del miembro*:

Fecha:

Información del representante para apelaciones o quejas (escriba claramente y en letra de imprenta)

Nombre del proveedor de atención médica u otra persona a quien el miembro haya nombrado para representarlo durante la queja o apelación interna del miembro:

Teléfono y extensión del representante:

* Si el miembro ya tiene un Representante legal, y el Representante legal firma este formulario, se deben adjuntar copias de los documentos del Representante legal a este formulario.

Envíe los formularios completados con los documentos adjuntos a:

Correo postal: WellSense Health Plan
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Fax: 617-897-0805

Correo electrónico para Massachusetts:
MemberQuestions@wellsense.org
Correo electrónico para New Hampshire:
NHmembers@wellsense.org