

Formulario de autorización de representante para apelación



Información del miembro

N.º de tarjeta de identificación del miembro

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento

N.º de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Por el presente autorizo a la siguiente persona a actuar como mi representante autorizado para la apelación mencionada anteriormente. Comprendo que a esta persona se le puede dar información de salud o de pago relacionada con la apelación a la que se hace referencia arriba. WellSense Health Plan actuará con base en esta información hasta que revoque o enmiende esta autorización. Esta autorización vence en la fecha en que WellSense Health Plan envíe el aviso de decisión de la apelación relacionada con este asunto.

Nombre del representante para la apelación: _____

Nombre del representante para la apelación: _____

Firma del miembro/representante legal: _____

Fecha: _____