



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE PARA APELACIÓN

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

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. Well Sense Health Plan actuará con base en esta información hasta que revoque o enmiende esta autorización. Esta autorización vence en la fecha en que Well Sense 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: \_\_\_\_\_