

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE PARA APELACIÓN

Nombre del miembro: _____

N.º de tarjeta de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: MA Código postal: _____

N.º de teléfono: _____

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

Nombre del representante para la apelación: _____

Nombre del representante para la apelación: _____

.....

Firma del miembro/representante legal: _____

Fecha: _____