



FROM |  **coordinated care**
 1145 Broadway, Suite 300
 Tacoma, WA 98402

Designación de Representante Autorizado

Queremos que sepa que puede disponer de alguien para que actúe en su nombre en una apelación. Se designará a la persona que indique más abajo como su representante para la apelación. A excepción de su médico, no podremos dar datos a ninguna otra persona ni aceptar información de su parte hasta recibir esta autorización.

Yo, _____, deseo que la siguiente persona me represente en mi apelación. Entiendo que a mi representante se le podrá revelar información médica personal relacionada con mi apelación.

Nombre y dirección del representante (en letra de imprenta):

Números de teléfono del representante:

(____) _____
 Número de teléfono durante el día durante la noche

(____) _____
 Número de teléfono

Breve descripción de la apelación en la que el representante actuará en mi nombre:

Firma del miembro: _____

Fecha de la firma: _____

Si no es el miembro, relación con el miembro: _____ Padre/madre _____ Tutor

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de identificación del miembro: _____

Regrese este formulario completado a la siguiente dirección:

Ambetter from Coordinated Care
 Appeals Department
 1145 Broadway, Ste. 300
 Tacoma, WA 98402

Teléfono: 877-687-1197
 TTY: 877-941-9238
 FAX: 855-218-0589

1-877-687-1197
 TTY: 1-877-941-9238

Ambetter from Coordinated Care se ofrece por parte de Coordinated Care Corporation

Ambetter.CoordinatedCareHealth.com