

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.

Información del representante para la apelación

Nombre del representante para la apelación

Teléfono del representante para la apelación:

Firma del miembro/representante legal: _____

Fecha: _____

Envíe el formulario completado por correo o fax a:

WellSense Health Plan
Attention: Member Services Dept.
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Fax: 617-897-0884

Teléfono

MassHealth: 888-566-0012
NH Medicaid: 877-957-1300
Clarity plans: 855-833-8120
SCO: 855-833-8125
TTY: 711