

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO
(Complete esta sección solamente si un tercero lo estará representando en esta apelación).

Se puede representar a usted mismo o le puede pedir a otra persona, incluso a su proveedor médico tratante, que actúe como su representante autorizado. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Por la presente, autorizo a _____ a proseguir con mi apelación en mi nombre.

Firma del paciente (si es mayor de 18 años de edad)

Fecha

Firma del representante autorizado*

Fecha

*(Padre/madre, tutor, persona a quien se le confiere la custodia exclusiva del niño(a) u otro: especificar)

Domicilio del representante autorizado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono durante el día (____) _____ Durante la noche (____) _____

Envíe por correo este formulario y una copia de su notificación de denegación a la siguiente dirección:

GlobalHealth, Inc.
ATTN: Appeals
PO Box 2393
Oklahoma City, OK 73101-2393

Asegúrese de conservar para sus registros copias de este formulario, de la notificación de denegación, y de todo documento y correspondencia que se relacione con este reclamo.

Para los miembros que hablan español:

Si usted no entiende el contenido de esta carta, por favor llame a Servicios para los Miembros al 1-877-280-5600 y alguien le ayudará.