

Formulario de designación para un representante autorizado

Es posible que alguna persona actúe en su nombre en una apelación. La persona que designe a continuación será su representante autorizado. Nosotros no podemos hablar con nadie en su nombre hasta que recibamos su aprobación por escrito. Envíe su aprobación por escrito a:

Health Plan of Nevada
Attn: Customer Response and Resolution Department
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89145

Yo, _____ quiero que la siguiente persona actúe
(Nombre del miembro en letras de molde)
en mi nombre en mi apelación

Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser entregada a mi representante autorizado.

A. Por favor inscriba el nombre de su representante autorizado _____

Relación del representante con el miembro _____

B. Dirección del representante autorizado:

Apartado de correos/número y calle/apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

C. Breve descripción de la apelación presentada por su representante autorizado:

D. Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

E. Firma del miembro _____ Fecha _____

Relación con el miembro: Independiente Padre/Madre Guardián

Este formulario es válido durante la apelación indicada en el punto C. Una vez que se completa la apelación, este formulario ya no es válido.