

### Nombramiento de un representante

Beneficiario:

Número de Contrato:

#### Sección 1: Nombramiento de un representante

Para ser completado por el participante que busca representación:

Yo nombro a \_\_\_\_\_,  
(Nombre) / \_\_\_\_\_,  
(Tipo de representante- Ej. Abogado, Tutor, etc)

para actuar como mi representante en relación con mi querrela o apelación. Lo autorizo a presentar información, conseguir pruebas; obtener información y recibir toda notificación, en mi representación. Entiendo que podría divulgarse a mi representante, la información médica personal sobre mi caso.

Firma del beneficiario:	Fecha:
Número de teléfono (con código de área)	

#### Sección 2: Aceptación de nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, \_\_\_\_\_, acepto el nombramiento de \_\_\_\_\_ como representante para el proceso de <apelación / querrela> del <Sr. / Sra.> \_\_\_\_\_.

Firma del Representante	Fecha	
Dirección:	Número de Teléfono (con código de área)	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

#### Sección 3: Derecho a revocar

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al Departamento de Apelaciones y Querellas de MMM Multi Health (MMM). La revocación será prospectiva y no afectará las acciones que MMM tomó por la autorización que estaba vigente.

## Dónde enviar este formulario

Por correo electrónico a [AGPLANVITAL@mmmhc.com](mailto:AGPLANVITAL@mmmhc.com), fax 1-844-990-1990. Si necesita ayuda adicional, llámenos al 1-844-336-3331(libre de cargos) o 787-999-4411 TTY (audioimpedidos), lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. para que le expliquemos cómo hacerlo.

*This information is available for free in English. For oral interpretation services into any languages, please contact our Customer Services Center at 1-844-336-3331, Monday through Friday, from 7:00 a.m. to 7:00 p.m. For TTY/TDD users please call 787-999-4411.*

MUHG-AG-FOR-003-01302015-S