



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Es posible que otra persona actúe en su nombre en un proceso de apelación, queja o reclamo. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos comunicarnos con ninguna persona que hable en su nombre hasta tanto recibamos este formulario. Devuelva este documento a:

Ambetter Health
Attn: Appeals and Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
Fax: 1-833-886-7956

Comuníquese con nosotros por teléfono al: 1-833-543-3145 (TTY 711)

Yo, _____, (Nombre del miembro en letra de imprenta) quiero que la siguiente persona actúe en mi nombre en relación con mi apelación, queja o reclamo. Entiendo que mi representante puede recibir información médica personal relacionada con mi apelación, queja o reclamo.

1. Nombre del representante (en letra de imprenta):

2. Dirección del representante:

Dirección o apartado postal	N.º de dpto.
-----------------------------	--------------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

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

3. Breve descripción de la apelación, la queja o del reclamo en el que el representante actuará en mi nombre:

4. Firma del miembro:

Firma del miembro (o padre/madre/tutor)*

Identificación (ID) del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

Fecha: _____

* **Relación con el miembro:** ☐ Miembro ☐ Padre/madre ☐ Tutor

5. Firma del representante:

Firma del representante del miembro*

Fecha: _____

* **Relación con el miembro:** ☐ Padre/madre ☐ Tutor ☐ Otra (especificar)

Ambetter Health es la marca comercial que se usa para los productos y servicios ofrecidos por una o más de las subsidiarias de propiedad plena de Centene Corporation, que son emisoras en los estados que se indican en [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com).

©2025 Centene Corporation, [centene.com](https://www.centene.com). Todos los derechos reservados.