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 comosu representante. No podemos comunicarnos con ninguna persona que hable en su nombre hasta tanto recibamos este formulario. Devuelva este documento a:

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

Afiliados de Florida pueden comunicarse con nosotros por teléfono al:
1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)

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)

Ambetter Health está cubierto por Centene Venture Company Florida, que es un emisor de planes de salud calificados del Mercado de Florida.© 2026 Centene Venture Company Florida, AmbetterHealth.com/es/fl.

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 está cubierto por Centene Venture Company Florida, que es un emisor de planes de salud calificados del Mercado de Florida. © 2026 Centene Venture Company Florida, AmbetterHealth.com/es/fl. Para obtener información sobre su derecho a recibir atención del plan de Ambetter Health libre de discriminación o sobre su derecho a obtener servicios de idiomas, asistencia visual o auditiva, visite AmbetterHealth.com y desplace el cursor hasta el final de la página.