1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Formulario de representante autorizado del miembro

Puede designar a una persona que actúe como su representante en una apelación. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que no recibamos este formulario. Si necesita nuestra ayuda, puede llamarnos al 1-877-644-4613 (TTY: 711). Complete todas las secciones de este formulario (si no se completan todas las áreas, no se puede aceptar el formulario) y envíelo por correo, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

Coordinated Care of Washington, Inc.
Pharmacy Appeals Department
PO Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
Fax: <<1-888-865-6531/1-844-235-5091>>

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Domicilio del miembro: _____

Ciudad, estado y código postal del miembro: _____

Número de teléfono del miembro: _____

Quiero que la siguiente persona me represente en mi apelación. Entiendo que se puede dar a mi representante información médica personal relacionada con mi apelación.

1. Nombre, dirección y teléfono del representante (en letra de imprenta):

2. Breve descripción de la apelación en la cual el representante actuará en mi nombre, o n.º de seguimiento (n.º de autorización):

Firma del miembro: _____ Fecha: _____