



AETNA BETTER HEALTH DE ILLINOIS DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Complete y envíe este formulario para que otra persona actúe en su nombre en una apelación. La persona indicada será aceptada como su representante autorizado. No podemos hablar con nadie en su nombre a menos que este formulario sea completado, firmado y devuelto.

Aetna Better Health de Illinois

A la atención de: Coordinador de Apelaciones y Quejas (Appeals & Grievance Coordinator)
PO Box 81139
Cleveland, OH 44181
Fax: 1-844-951-2143

1. Por la presente autorizo a la siguiente persona a actuar en mi nombre en la presentación y el procesamiento de mi apelación ante Aetna Better Health de Illinois:

Nombre del representante autorizado:

2. Breve descripción del servicio y las fechas (si corresponde) para los que el representante autorizado actuará en su nombre:

3. Dirección del representante autorizado

Dirección postal o apartado de correos:
N.º apto.:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de teléfono: diurno ()

Número de teléfono: nocturno ()

4. Firma del afiliado

Nombre en letra de imprenta del afiliado (o representante legal) *

Fecha

Firma del afiliado (o representante legal) *

Fecha

*Relación si no es el afiliado:

Padre Tutor Custodio Otro – Especifique

Tenga en cuenta que puede revocar esta autorización en cualquier momento.