

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA APELACIONES ANTE MERITAIN**

**(NOMBRE DEL PLAN DE SALUD DE GRUPO)**

Designación de representante autorizado para apelaciones ante Meritain

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente, designo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante) (Nombre del representante autorizado)

para que actúe en mi nombre en la apelación de los reclamos con **fechas de servicio** \_\_\_\_\_ para cobertura o beneficios. Esto incluye la recepción de las aprobaciones o autorizaciones que se requieren antes de que se brinden los servicios médicos conforme al plan mencionado arriba (el "plan"). Autorizo a mi representante a presentar, en mi nombre, apelaciones relacionadas con la apelación de los reclamos con **fechas de servicio** \_\_\_\_\_ para cobertura o beneficios. Autorizo a mi representante a recibir toda la información que me brinden y a actuar en mi nombre (o en nombre de mi dependiente, si se menciona arriba como el paciente) cuando deba brindar cualquier información al plan relacionada con la apelación de los reclamos con **fechas de servicio** \_\_\_\_\_ para cobertura o beneficios conforme al plan.

**IMPORTANTE:** Toda la información y todas las notificaciones del plan relacionadas con la apelación se enviarán al representante autorizado que se designó a través de este formulario y no, a usted. Si esto no es lo que desea, marque el casillero que aparece a continuación:

\_\_\_ Deseo que mi representante autorizado y yo recibamos toda la información y todas las notificaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíelo a la siguiente dirección:  
Meritain Health Appeals Department  
PO Box 660908  
Dallas, TX 75266-0908