

Formulario de Representante Autorizado



Autorizo a la persona indicada más abajo a que sea mi Representante Personal, a actuar en mi nombre para tomar todas las decisiones relacionadas con mi cobertura del Tufts Health Plan, como si lo hiciera yo mismo.

Nombre del miembro:	
N.º de ident. del miembro:	N <input type="text"/>
Dirección del miembro:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento del miembro:	Teléfono del miembro:

Nombre del Representante Personal:	
Relación con el miembro:	Dirección:
	Ciudad/estado/código postal:
Teléfono:	Correo electrónico (opcional):

Este Representante Personal se nombra para que actúe en mi nombre con respecto a cualquier cuestión relacionada con la cobertura de mi seguro y mis beneficios provistos por Tufts Health Plan. Esto incluye actuar en mi nombre para compartir mi información médica con el Plan y/o solicitar mi información médica al Plan, que se relacione con la inscripción, pago de primas, beneficios, reclamaciones, cambios de dirección, cambios de proveedor primario de cuidados médicos, solicitud de mensajes especiales y/o asistencia con quejas, agravios o apelaciones. Entiendo que tengo el derecho a cancelar este nombramiento por escrito en cualquier momento y enviar mi cancelación por escrito al Tufts Health Plan a la dirección listada más abajo. Este nombramiento permanecerá en efecto durante un año desde el día de su firma a menos que yo especifique una fecha de vencimiento anterior aquí:

Declaro que la firma que sigue es la mía propia y que tengo la autorización para firmar este documento.

Firma del miembro:

FIRME AQUÍ →

Si un representante autorizado firma aquí, se requiere documentación para verificar la representación.

Escriba su nombre:	Fecha:
Relación con el miembro, si firmó una persona que no es el miembro (requiere documentación):	<input type="text"/>

Firma del representante personal (indica acuerdo para desempeñarse actuando en nombre del miembro):

FIRME AQUÍ →

Escriba su nombre:	Fecha:
---------------------------	---------------

Por favor, envíe este formulario completado por fax al: 781-393-2767

O por correo a: Tufts Health Plan, P.O. Box 9194, Watertown, MA 02471-9194

Si tiene preguntas sobre este formulario, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-888-257-1985** (TTY: 888-391-5535). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.