

### Formulario de representante autorizado (formulario del miembro)

Un representante autorizado es una persona con consentimiento escrito para tomar decisiones sobre problemas de salud en nombre de un miembro. Este consentimiento lo debe prestar el miembro, el padre, la madre, el tutor legal o un representante legal del patrimonio de un miembro fallecido. Los problemas de salud sobre los que puede tomar decisiones un representante autorizado incluyen los siguientes:

- Inscripción y cancelación de la inscripción
- Presentación de reclamos y apelaciones ante Amerigroup
- Elección de un proveedor de atención primaria (PCP)

Puede ejercer sus derechos a una audiencia imparcial estatal ante el Departamento de Salud Comunitaria. En ese caso, su PCP no puede actuar como su representante autorizado ni presentar la solicitud de una audiencia en su nombre.

Al firmar este formulario, usted acepta que autoriza a la persona designada como su representante autorizado para que actúe en su nombre con respecto a los asuntos indicados anteriormente.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación de Amerigroup: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Plazo o evento específico: \_\_\_\_\_

Nombre del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Firme y envíe este formulario por correo a:

Medical Appeals

Amerigroup Community Care

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

También puede enviar el formulario por fax al **888-458-1406**.

Puede revocar el consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, envíe una notificación escrita a la dirección mencionada anteriormente. Usted será responsable por cualquier decisión que tome el representante autorizado durante el período en el que le permita actuar en su nombre. Este período comienza a partir de la fecha del primer consentimiento firmado. Finaliza en la fecha en que recibamos su notificación escrita en la que revoca el consentimiento o en la fecha de finalización de un evento, lo que suceda antes.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro, padre/madre o tutor legal