



Formulario de consentimiento del miembro

Para permitir que un proveedor o un representante autorizado procese una apelación en nombre del miembro.

Se requiere que todos los campos sean completados.

Nombre del miembro: _____

N.º de miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

N.º de certificación denegada: _____

Estoy de acuerdo con que mi proveedor _____ apele la denegación de Community Health Plan of Washington al siguiente servicio.

Servicios: _____
(monto y nombre del servicio, medicación, equipo, etc.)

Fecha: _____
(fecha planeada para el servicio)

Firma del miembro (padre, madre o tutor legal si corresponde)

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor legal (si corresponde)

(Si es el apoderado, adjunte documentación legal).

Envíe este formulario firmado por correo postal o fax

Community Health Plan of Washington
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101
Fax 206-613-8984