

**Molina Healthcare of Michigan**  
**Designación de representante autorizado**



Si desea que otra persona actúe en su nombre en una apelación o reclamo, complete y entregue este formulario. La persona mencionada será aceptada como su representante autorizado. No tenemos permitido hablar con una persona que actúe en su nombre al menos que complete, firme y devuelva este formulario.

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan  
A la atención de: Appeals & Grievance Coordinator  
880 West Long Lake Road, Suite 600  
Troy, MI 48098  
Fax: (248) 925-1799

**Información del miembro**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de identificación de Miembro (figura en su tarjeta de identificación de Molina Healthcare) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información del representante autorizado**

Por la presente, yo (el miembro) autorizo a la siguiente persona para actuar en mi nombre para presentar y procesar mi apelación con Molina Healthcare:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Vínculo:  Padre/madre  Tutor  Curador de administración  Otro: \_\_\_\_\_

Describa de forma breve el servicio por el que actuará en su nombre el representante autorizado y la(s) fecha(s) en la que lo hará (si corresponde):

--

**Firma del miembro**

Nombre del miembro en letra de molde:	Fecha:
Firma del miembro:	Fecha:

**Aceptación de nombramiento**

Por la presente, yo (el representante autorizado) acepto el nombramiento como representante autorizado por parte del sujeto.

Nombre del representante autorizado en letra de molde:	Fecha:
Firma del representante autorizado:	Fecha:

*Tenga en cuenta que podría revocar esta designación de representante autorizado en cualquier momento; para ello, debe comunicarse con Molina Healthcare.*

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options al (855) 735-5604, lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. EST (TTY/TDD: 711) o al (248) 925-1700.

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que contratos con ambos Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas para los inscritos. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY / TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., EST. La llamada es gratis.

H7844\_NSR\_19\_1650\_MIMMPRepForm