

# Designación de representante autorizado



POWERED BY  
Collective Health

## Designación de representante autorizado según los procedimientos de reclamaciones y apelaciones del plan de salud grupal

Por el presente, yo, \_\_\_\_\_ [nombre del/de la participante del plan de salud grupal] designo a \_\_\_\_\_ [nombre del representante autorizado] ("Representante") para que actúe en mi nombre o en nombre de \_\_\_\_\_ [nombre del/de la paciente si es menor de edad y depende del/de la participante del plan de salud grupal] en relación con las reclamaciones de cobertura o beneficios, o la apelación de una determinación adversa de beneficios de \_\_\_\_\_ [nombre del proveedor de servicios médicos] ("Proveedor") para las fechas \_\_\_\_\_ [fechas de servicio] en virtud del plan de salud grupal ("Plan") del que soy miembro. Autorizo a mi Representante a recibir toda la información que solicite de conformidad con los procedimientos de reclamaciones del Plan en relación con los servicios prestados por el Proveedor para las fechas indicadas anteriormente, así como a actuar en mi nombre y en el de mi dependiente, si se nombra anteriormente como el/la paciente, al proporcionar cualquier información al Plan que se relacione con cualquier reclamación de cobertura o beneficios del Plan o para la apelación de una determinación adversa de beneficios en virtud del plan. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede divulgarse al Representante.

Se prohíbe la cesión de beneficios en virtud de este Plan. Esta designación de autorización reemplaza cualquier autorización o cesión de derechos e intereses existente realizada por mí y entre yo (en mi nombre o en el de mi dependiente mencionado anteriormente) y el Proveedor o sus agentes y representantes. Cualquier otra autorización o cesión de derechos e intereses se considerarán nulos y sin efecto. Esta designación de representante autorizado no será válida hasta que se firme y feche completamente a continuación.

**IMPORTANTE:** Toda la información y las notificaciones relacionadas con los servicios prestados por el Proveedor y proporcionadas en virtud de los procedimientos de reclamaciones del Plan en las fechas indicadas anteriormente se dirigirán al Representante autorizado designado a través de este formulario y no a usted. Si también desea recibir una copia de la carta de determinación de la apelación, llame al número de teléfono de Collective Health que figura en su tarjeta de identificación médica para obtener más ayuda.

---

Firma del/de la solicitante

Fecha (mm/dd/yyyy)

---

Firma del representante autorizado

Fecha (mm/dd/yyyy)