Departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Humana
FORMULARIO PARA DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

_____ _____

Nombre de afiliado/a **Número de ID de afiliado/a** (para ser completado por el afiliado)

Yo, _____, designo a _____

Nombre del afiliado Nombre del representante autorizado

para actuar en nombre de _____

Nombre del afiliado

en conexión con cualquier reclamación de cobertura o beneficios identificados en el caso # _____ incluyendo la recepción de cualquiera aprobación(es) o autorización(es) requerida antes del servicio(s) médico(s). Autorizo a mi representante a recibir toda información relacionada con este caso que me sea proporcionada y para que actúe en mi nombre y en nombre de mi menor dependiente, de ser nombrado arriba, al proporcionar cualquier información al plan de salud grupal en relación a las aprobaciones, autorizaciones o reclamaciones en disputa. Este documento no se hace con la intención de autorizar el acceso a cualquier información de salud personal que no guarde relación a las aprobaciones, autorizaciones o reclamaciones en disputa.

Información importante sobre sus derechos

He leído y entendido las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Puedo revocar esta autorización, *que se refiere solamente a información relacionada con la apelación del caso antes descrito,* en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento mediante notificación por escrito dirigida al departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Humana, pero tal revocatoria no tendrá efecto sobre cualquier acción que Humana haya tomado antes de recibir la revocación.
- Esta autorización tendrá duración a todos los niveles de la apelación interna, salvo que yo revoque la autorización antes de completarse el proceso de apelación.
- Podré ver y copiar la información descrita en este formulario, de así pedirlo.
- No es un requisito que yo firme este formulario para recibir mis beneficios de cuidado de la salud (inscripción, tratamiento o pago).
- La información utilizada o divulgada conforme a lo indicado en esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la entidad receptora. Tengo derecho a que las personas/organizaciones antes mencionadas y autorizadas para recibir la información ofrezcan garantías de que no divulgarán la información a otras partes sin que yo sea autorizado nuevamente.

_____ _____

Firma del afiliado* **Fecha***

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

_____

_____

Yo, _____, por la presente acepto la designación arriba indicada.

Nombre del representante autorizado

Soy un/una _____

Relación con el afiliado

_____ _____

Firma del representante autorizado **Fecha**

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

_____

_____

*La fecha de la firma del afiliado debe ser la fecha del día o después del rechazo de las aprobaciones, autorizaciones o reclamaciones en disputa. No es válida una firma electrónica.