

A muchos miembros les gusta pedirle a su cónyuge, hijo/a o amigo que llame para solicitar información, seguimiento de preguntas o decisiones del plan de apelación. Sabemos que es conveniente poder apoyarse en un pariente o amigo de confianza para que actúe como su representante para preguntas o apelaciones del plan de salud. Si desea darle a un amigo o pariente permiso para llamar a Servicios para Miembros y hablar en su nombre, complete el formulario de Designación de Representante.

Completar el formulario de Designación de Representante adjunto no impacta en su capacidad de tomar sus propias decisiones de cuidados médicos. Simplemente permite a su representante actuar en su nombre al realizar una solicitud o presentar apelaciones a las decisiones del plan de salud.

Cómo completar este formulario.

PARTE SUPERIOR DEL FORMULARIO

Nombre de la parte: Escriba su nombre en letra de molde.

Número de Medicare o Número de proveedor nacional: Ingrese su ID de miembro del Plan Aspire Health. Esta ID empieza con una G.

SECCIÓN 1: DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Escriba el nombre completo del amigo/pariente en letra de molde

Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a _____ para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en

Ingrese **su** dirección completa, incluyendo ciudad, estado y código postal. Ingrese **su** número telefónico con código de área.

SECCIÓN 2: ACEPTACIÓN DE DESIGNACIÓN

El amigo/pariente imprime su nombre completo en letra de molde.

Para ser completado por el representante:

Yo, _____, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha

El representante autorizado (amigo/pariente/cónyuge) ingresa su dirección completa, incluyendo la ciudad, estado y código postal. Él o Ella ingresa su número telefónico con código de área.

SECCIONES 3 Y 4:

No es necesario llenar estas secciones. Estas secciones se usan si un proveedor de cuidados de la salud está actuando como su representante.

Nota: La Designación de Representante es válido por 1 año a partir de la fecha de la firma. Fíjese un recordatorio para solicitar y llenar un nuevo formulario el próximo año.

Si tiene preguntas o necesita ayuda en llenar este formulario, llame a Servicios para Miembros al número gratuito **(855) 570-1600**.



Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Aspire Health Plan cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY 711). Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para más información llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo de 8 a.m. a 8 p.m. de domingo a sábado, hora del pacífico y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes hora del Pacífico (excepto ciertos días festivos).

H8764_MBR_AORCover_1018_C