



A muchos miembros les gusta que su cónyuge, hijo/a o amigo/a presenten una apelación o reclamo, o que soliciten una autorización previa. Sabemos que es conveniente poder apoyarse en un pariente o amigo de confianza para este tipo de ayuda. Si desea darle a un amigo o pariente permiso para llamarnos y hablar en su nombre, complete el formulario de Designación de Representante.

Completar el formulario de Designación de Representante adjunto no afectará su capacidad de tomar sus propias decisiones de cuidados médicos. Simplemente permite a su representante actuar en su nombre para presentar una apelación o reclamo, o una solicitud de autorización previa.

Abajo se muestra un EJEMPLO para ayudarle a completar el formulario en la siguiente página.

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

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

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

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.

SECTIONS 3 AND 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 cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados.) H8764_MBR_AORCover_0320_C