

**Formulario estándar del estado de Nueva York para designar un Representante
que ayude con las autorizaciones, quejas, reclamos y apelaciones del seguro médico***

Puede enviar este formulario a la dirección o al número de fax que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO Y DEL RECLAMO			
Nombre de miembro:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Correo electrónico (opcional):			
Nombre de la aseguradora:		Identificación de miembro:	
Número de reclamo (si corresponde):		Número de grupo (si corresponde):	
Descripción del reclamo/servicios/artículos denegados o por solicitar:			
SECCIÓN 2: REPRESENTANTE AUTORIZADO DESIGNADO			
Yo, _____ (nombre en letra de imprenta), designo a la persona, personas u organización identificadas abajo como mi representante autorizado para ayudarme a presentar y asistirme con una solicitud de autorización previa, queja, reclamo o apelación ante mi aseguradora, y para solicitar y recibir información relacionada con la solicitud de autorización previa, queja, reclamo o apelación por el reclamo, los servicios o los artículos descritos arriba.			
Nombre:		Organización:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
Relación con el miembro (si la hay):		Correo electrónico:	
SECCIÓN 3: FECHA FINAL DE LA AUTORIZACIÓN			
Esta Autorización finaliza el ____/____/____ (mes/día/año) O en el siguiente evento:			
Entiendo que si no incluyo una fecha de finalización o un evento, esta autorización permanecerá vigente hasta que cancele por escrito la resolución de la solicitud de preautorización, queja, reclamo o apelación, o 24 meses a partir de la fecha en que firmé este formulario, lo que ocurra primero.			

SECCIÓN 4: CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria.
- Mi aseguradora no condicionará mi inscripción, elegibilidad o pago de un reclamo de beneficios médicos a que yo proporcione esta autorización.
- Mi información médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de mi representante designado, y si este no es un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes y reglamentaciones de privacidad federales o estatales.
- Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento, y la cancelación deberá ser por escrito. (Envíe una notificación por escrito a la dirección o número de fax que figura en su tarjeta de identificación o especificado por su aseguradora).
- Cualquier cancelación entrará en vigor tan pronto como mi aseguradora reciba mi notificación de cancelación por escrito. Entiendo que la cancelación no afectará ninguna acción tomada por mi aseguradora basándose en la autorización antes de recibir mi notificación de cancelación por escrito.

SECCIÓN 5: FIRMA

Firma:

Fecha:

Nombre en letra impresa:

Relación con el miembro (si este no firma):

Si firma como apoderado, tutor legal u otro representante legal, proporcione una copia de la documentación de su autorización legal con este formulario.

* El **seguro médico** incluye seguro médico integral, seguro de visión y seguro dental.

Importante:

- Este formulario lo pueden utilizar los afiliados con cobertura de atención administrada de Medicaid, Essential Plan y Child Health Plus. NO está destinado a miembros con otra cobertura de Medicaid o Medicare. Comuníquese con su aseguradora/plan médico para obtener un formulario para esa cobertura, si es necesario.
- Es posible que este formulario no sea suficiente para divulgar cierta información médica confidencial que esté protegida por la ley estatal o federal. Su aseguradora podrá pedirle que complete una autorización por separado para divulgar información confidencial, como información sobre salud mental, trastornos por uso de sustancias o VIH/SIDA.
- Si presentó una apelación interna y su aseguradora la denegó, es posible que tenga derecho a una apelación externa y podrá designar a una persona para presentarla. NO use este formulario para designar a una persona para presentar una apelación externa. Puede encontrar información sobre cómo presentar una apelación externa en www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal

Puede enviar este formulario a la dirección o al número de fax que figura en su tarjeta de identificación de miembro.