

## Formulario de apelación del miembro

Para apelar una reclamación o denegación de servicio en parte o en su totalidad, debe presentar la solicitud en el transcurso de 180 días a partir de la determinación inicial. Adjunte copias de toda la documentación que pueda tener en relación con esta apelación e incluya cualquier información adicional que pueda respaldar su apelación. Este formulario y los documentos adjuntos pueden enviarse por correo postal o fax a la siguiente dirección:

Member Appeals Department  
 Capital Blue Cross  
 PO Box 779518  
 Harrisburg, PA 17177-9518  
 Fax: 717.541.6915

### Información del miembro

Nombre del miembro (individuo sobre el que trata la apelación):		Fecha de nacimiento:
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono durante el día:	Teléfono durante la noche:	
Número de identificación:	Número de Medicare:	
Nombre del grupo:	Número del grupo:	

### Reclamación/servicio que está apelando

Hospital:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Médico:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Otro proveedor:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Servicio/procedimiento		
Fecha de servicio:	Número de reclamación:	Número de autorización:

## Motivo de la apelación

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Firma del miembro:	Fecha:
--------------------	--------

Si nombra a alguien para que presente la apelación en su nombre y para que lo represente durante el transcurso de la apelación, usted y su representante deben completar esta parte:

### Autorización del representante de apelaciones designado (ADAR)

Beneficiario de la póliza:	Fecha de hoy:
Número de identificación del beneficiario de la póliza:	Número del grupo:

### Sección I: autorización del representante de apelaciones designado

Para ser llenado por el miembro:

Autorizo a \_\_\_\_\_ a actuar como mi representante  
(NOMBRE DEL INDIVIDUO DESIGNADO COMO REPRESENTANTE)

en relación con mi reclamación, queja o apelación ante Capital Blue Cross o Keystone Health Plan® Central, Inc. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener evidencia; obtener información; y recibir cualquier notificación en relación con mi reclamación, queja o apelación. Entiendo que la información de salud personal relacionada con mi reclamación puede ser divulgada a mi representante en el transcurso de la reclamación, queja o apelación.

Acepto que el representante actúe en mi nombre con respecto a mi reclamación, queja o apelación. Entiendo que:

- No podré presentar mi propia reclamación, queja o apelación en relación con estos mismos servicios, ni tampoco podrá hacerlo ningún otro representante que yo designe, a menos que este consentimiento se rescinda por escrito.
- Tengo derecho a rescindir este consentimiento en cualquier momento. Mi representante legal también tiene derecho a rescindir este consentimiento en cualquier momento.
- Cuando el plan adopte medidas o emita correspondencia, deberá enviar una notificación solo al representante autorizado. No se enviará notificación a la parte si hay un representante autorizado.
- El plan enviará cualquier solicitud de información o evidencia con respecto a una apelación solo al representante autorizado.

He leído, o me han leído, este consentimiento y me lo han explicado a mi entera satisfacción. Entiendo esta información y otorgo mi consentimiento para que mi representante presente una reclamación, queja y apelación en mi nombre.

Nombre del miembro (individuo sobre el que trata la apelación):		Fecha de nacimiento:
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono durante el día:	Teléfono durante la noche:	
Firma del miembro:		Fecha:

## Sección 2: aceptación de la autorización

Para ser completada por el representante:

Por el presente, yo, \_\_\_\_\_, acepto la designación  
(NOMBRE DEL INDIVIDUO DESIGNADO COMO REPRESENTANTE)

antes mencionada. Soy \_\_\_\_\_ del miembro y abogaré  
(SITUACIÓN O RELACIÓN CON LA PARTE, P. EJ., PARIENTE, ABOGADO, AMIGO)  
en su nombre en relación con la reclamación, queja o apelación.

Entiendo que como representante autorizado soy responsable de lo siguiente:

1. Informar a la parte el alcance y las responsabilidades de la representación.
2. Informar a la parte el estado de la reclamación, queja o apelación y los resultados de las acciones adoptadas en nombre de la parte, como la notificación de determinaciones de reclamación, queja o apelación; decisiones y derechos de apelación adicionales.
3. Divulgar a un miembro cualquier responsabilidad y riesgo financieros que el miembro pueda tener.

Nombre del representante:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono durante el día:	Teléfono durante la noche:	
Firma del representante:	Fecha:	

## Cómo completar un formulario de ADAR válido:

**A. Sección I: autorización del representante de apelaciones designado (Authorization of Designated Appeals Representative, ADAR).** El nombre de la parte que realiza la designación debe ser claramente legible. La parte que realiza la designación incluye su firma manuscrita en tinta, dirección y número de teléfono. Si la parte que desea designar a un representante es un miembro, solo el miembro o el tutor legal de este puede firmar. Debe incluirse la fecha en que la parte firma el formulario.

**B. Sección II: aceptación de la autorización.** Una organización o entidad no puede ser designada como representante; debe designarse a un miembro específico de esa organización o entidad. Esto garantiza que la información confidencial del miembro se divulgue solo al individuo así designado. El nombre del individuo designado como representante siempre debe completarse y también su relación con la parte. El individuo designado firma el formulario con una firma manuscrita en tinta, coloca la fecha y completa el resto de esta sección. Un representante debe firmar la autorización en un plazo de 30 días calendarios desde la firma de la parte.

**C.** Si en la ADAR falta alguno de los elementos obligatorios enumerados anteriormente o se determina que no son válidos, la autorización se considera defectuosa.