UHC Appeals
P.O. Box 64
Huntingdon Valley, PA 19006

EmblemHealth | UnitedHealthcare

Apelaciones Anteriores al Servicio - Designación de un Representante Autorizado

Yo, _____, *(su nombre) nombro por la presente a,*

_____ *(su Representante Autorizado) (en adelante "mi Representante Autorizado") para que actúe en mi nombre en la tramitación de un reclamo de beneficios, específicamente, mi reclamo por*

_____ *(insertar número de caso previo al servicio)*

Mi Representante Autorizado tendrá plena autoridad para actuar y recibir avisos en mi nombre con respecto a una determinación inicial del reclamo, cualquier solicitud de documentos relacionados con el reclamo y cualquier apelación de una determinación de beneficios adversa del reclamo.

Entiendo que, en ausencia de una indicación contraria de mi parte, New York City Employees PPO (NYCE PPO) plan dirigirá toda la información y los avisos relativos al reclamo a los que tenga derecho, incluidas las determinaciones de beneficios, **únicamente** a mi Representante Autorizado.

Soy consciente de que los Estándares para la Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (los "Estándares de Privacidad") rigen el acceso a la información médica. Entiendo que, en relación con el desempeño de sus funciones en virtud del presente documento, mi Representante Autorizado puede recibir mi información de salud protegida, tal como se define en los Estándares de Privacidad, en relación con el reclamo. Por la presente, doy mi consentimiento para cualquier divulgación de mi información de salud protegida a mi Representante Autorizado.

Fecha _____/_____/_____ (MM / DD / AAAA) ID de miembro _____

Firma del paciente o del tutor del paciente _____

© 2025 United Healthcare Services, Inc. UMF0011-NYCE-SP 1125 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.