



429 N. Pennsylvania Street, Suite 109  
Indianapolis, IN 46204

### Autorización del afiliado para que un representante designado apele una determinación

Para: MHS Appeals  
PO Box 441567  
Indianapolis, IN 46244  
Fax: 1-866-714-7993

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a (print name) \_\_\_\_\_ a apelar la determinación de Managed Health Services (MHS) sobre lo siguiente:

(description of service) \_\_\_\_\_

(date of MHS' determination or reference number) \_\_\_\_\_ en mi nombre, como mi representante designado, y, como parte de la apelación, por la presente, autorizo a MHS en su carta de la decisión y en relación con el procesamiento de mi apelación a comunicarse con mi representante designado sobre lo siguiente:

Toda la información médica y financiera incluida en mi expediente del seguro, como todos los tratamientos, los exámenes, los tratamientos ambulatorios y las hospitalizaciones en relación con la determinación que se apela.

Entiendo que esta información es confidencial y privilegiada, y que solo se divulgará según se especifica en esta autorización. La autorización es válida durante un año. Su proveedor no le cobrará por actuar como su representante para esta apelación.

Firma de afiliado o de padre/madre/tutor legal/representante: \_\_\_\_\_

Relación de padre/madre, tutor legal o representante: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





429 N. Pennsylvania Street, Suite 109  
Indianapolis, IN 46204

El testigo que aparece arriba estuvo presente cuando el afiliado designó a la persona que se indica para representarlo en la apelación del afiliado.

Esta apelación está relacionada con el hecho de si MHS pagará el tratamiento que solicita su proveedor. Como afiliado de MHS, su derecho a apelar no depende de elegir a su proveedor para apelar una determinación. Puede cancelar este acuerdo escribiendo a MHS Appeals a la dirección que se indica en la parte superior de este formulario. Su información de atención médica relacionada con esta apelación de servicios se compartirá con las personas que escucharán su apelación o que manejan el proceso de apelaciones.

