

Sección 1: Nombramiento de representante

Para ser completado por la parte / solicitante que busca representación (es decir, el beneficiario de Medicaid):

Nombre de la Parte / Solicitante:
Número de Medicaid (beneficiario como parte / solicitante) o Identificador de proveedor nacional (proveedor o proveedor como parte / solicitante):
Dirección:
Ciudad (): Estado (): Código postal:
Número de teléfono (con código de área):
Dirección de correo electrónico (opcional):

Por la presente designo a la persona identificada en la Sección 2 a continuación para que actúe como mi Representante Autorizado, y le autorizo a que me represente con respecto a mis derechos y responsabilidades con respecto a mi información de salud protegida mantenida por PSM y ASES. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener evidencia; para obtener información de apelaciones; y para recibir cualquier aviso relacionado con mi reclamo, apelación o reclamo en mi nombre. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede ser divulgada al Representante Autorizado que se indica a continuación.

Firma de la Parte / Solicitante: _____

Fecha: _____

Sección 2: Aceptación de nombramiento

Para ser completado por el Representante Autorizado:

Nombre del Representante Autorizado:
Estado profesional o relación con la Parte / Solicitante (por ejemplo, proveedor, abogado, pariente, etc.):
Dirección:
Ciudad (): Estado (): Código postal:
Número de teléfono (con código de área):
Dirección de correo electrónico (opcional):



Vital-12-117

Por la presente acepto la cita anterior. Certifico que la información personal anterior es correcta; que no he sido descalificado, suspendido o prohibido ejercer antes ASES o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y que no soy, empleado actual o pasado del Gobierno de Puerto Rico o de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante de la parte.

Firma del representante autorizado: _____

Fecha: _____

Sección 3: Exención de la tasa de representación

Esta sección debe completarse si el Representante autorizado debe, o elige, renunciar a sus honorarios por representación. (Tenga en cuenta que los proveedores o proveedores que representan a un beneficiario y proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben completar esta sección).

Renuncio a mi derecho a cobrar una tarifa por representar a esta Parte / Solicitante ante PSM y ASES.

Firma del representante autorizado: _____

Fecha: _____

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345)

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345). al 1-866-600-4753 (TTY: 1-844-726-3345).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電（TTY：1-866-600-4753；1-844-726-3345）。

PSM complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability or sex. **As requested, this document may be available in alternate formats such**





PLAN DE SALUD
MENONITA



as large print, audio or other languages. Call 1-866-6004753 or 1-844-726-3345 TTY (hearing impaired).

Vital-12-117