

# FORMULARIO DE APELACIÓN

Este formulario es para su uso al presentar una apelación sobre la decisión del plan de no cubrir la atención médica o los medicamentos con receta médica. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm y los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm desde el 1 de octubre al 31 de marzo.

## **POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE USTED:**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ N.º de ID. de miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **NOMBRAMIENTO DE REPRESENTACIÓN PARA APELACIÓN**

**Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "Representante" para presentar una apelación. Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante, conforme a la ley estatal. Si usted desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de servicios de salud u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de "Nombramiento de Representante" o visite nuestro sitio web en [www.bndhmo.com/Members/Resources](http://www.bndhmo.com/Members/Resources) y desplácese hasta la parte inferior de la página en "Formularios". También puede completar la siguiente información acerca de la persona a la que usted nombra para que actúe para esta apelación únicamente. No podemos iniciar la revisión de Apelaciones de otra persona que no sea usted, a menos que tengamos el formulario de "Nombramiento de Representante" completo u otro comprobante de autorización legal para que alguien actúe en su nombre.

**Si elige un representante, por favor complete la siguiente información:**

**Nombro a la siguiente persona para que actúe en mi nombre para esta apelación:**

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Dirección del representante: \_\_\_\_\_

Teléfono del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

