



Consentimiento del miembro para que el proveedor presente una apelación en su nombre al plan de seguro médico.

Yo, _____ entiendo que en este formulario de
(Nombre del miembro)

consentimiento le doy mi consentimiento al proveedor _____,
(Nombre del proveedor)

para presentar una apelación en mi nombre.

Información del miembro:

Nombre del miembro en letra de molde	Fecha de nacimiento del miembro	N° de identificación del plan de salud
Dirección del miembro		

Información del proveedor:

Nombre del proveedor en letra de imprenta	N° de identificación del proveedor del plan	N° de teléfono del proveedor
Dirección del Proveedor		Fecha(s) del/de los servicio(s):
Descripción de los servicios apelados		
Descripción de los servicios apelados		

Acepto permitir que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente presente una apelación en mi nombre ante Contra Costa Health Plan, si hay alguna cuestión relacionada con la cobertura de los servicios mencionados anteriormente.



Entiendo que:

- Si doy mi consentimiento, no podré presentar mi propia apelación con respecto a estos mismos servicios, ni tampoco podrá hacerlo ningún representante que yo designe, a menos que este consentimiento sea rescindido por escrito.
- Tengo derecho a rescindir este consentimiento en cualquier momento. Mi representante legal tiene el derecho de rescindir este consentimiento en cualquier momento.
- Si mi proveedor de atención médica no presenta una apelación o interrumpe mi apelación, este consentimiento se rescindirá automáticamente.
- He leído este consentimiento o me lo han leído, y me lo han explicado a mi entera satisfacción.

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

* El miembro mencionado anteriormente no puede firmar este formulario de consentimiento por la siguiente razón: *(solo se completará si el miembro no puede proporcionar la firma)*

Motivo por el cual el miembro no puede proporcionar una firma

Doy mi consentimiento por el miembro mencionado anteriormente:

Nombre del representante en letra de molde:	Firma del representante	Fecha
Nombre del testigo en letra de molde:	Firma del testigo	Fecha

Devuelva el formulario de autorización completado de una de las siguientes maneras:

Correo postal:

Member Appeals
Department 595
Center Avenue, Ste
100
Martinez, CA 94553

FAX:

(925) 313-6047

