

## Formulario de designación del representante autorizado

- Complete el formulario indicándonos la persona que quiere que actúe en su nombre para su apelación.
- Firme el formulario para autorizarnos a hablar con su representante sobre su apelación.
- Envíe el formulario firmado por correo o fax a CHRISTUS Health Plan.

### PASO 1 Información sobre la persona que designa al representante

Esta sección debe completarla la persona que designa a un representante para su apelación. Generalmente, solo la persona que apela su propia elegibilidad (a veces llamado “apelante”) puede designar a un representante.

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

ID de la apelación (si tiene una):

APL-

### PASO 2 Información sobre su representante

Escriba la información de la persona que designará como su representante. Puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado o cualquier otra persona de su confianza. Su representante será el contacto principal durante la apelación.

**Todas las comunicaciones sobre su apelación (incluyendo correo electrónico) se enviarán a su representante autorizado, no a usted.** Si cambia de opinión después de designar a un representante y ya no quiere que actúe en su nombre, debe llamar o escribir a CHRISTUS Health Plan para destituirlo como su representante.

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Correo electrónico:

Teléfono durante el día:

Dirección:

Número de apartamento o habitación:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Nombre de la organización  
(si corresponde):

Número de identificación (si corresponde):

Enviar actualizaciones por correo electrónico a (opcional):

## PASO 3 Firma

Firme abajo para designar como su representante a la persona mencionada en el Paso 2. Esto significa que le da permiso para obtener información oficial sobre su apelación y actuar en su nombre durante su proceso.

Nombre en letra de molde (nombre, apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

## PASO 4 Envíe su formulario

Firme el formulario completo y envíelo a:

- **Por correo:** CHRISTUS Health Plan  
Attn: Complaints, Appeals & Grievances Dept.  
PO Box 169009  
Irving, Texas 75016
- **Por fax seguro:** 1-866-416-2840

---

### Para obtener más ayuda

Si tiene preguntas sobre su apelación, llame a Servicio para Miembros al 1-844-856-0826. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., Hora Estándar Central (CST).

### Asistencia de idioma

Si necesita ayuda en un idioma distinto al inglés, llame al 1-844-856-0826 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.