

Designación de representante autorizado para apelaciones

Plan de salud grupal de Tyson Foods, Inc.

Nombre del Participante en el plan	Número de identificación del participante
------------------------------------	---

Tyson Foods, Inc. Group Health Plan (el Plan) es un plan ERISA autofinanciado. El Plan aceptará apelaciones únicamente de usted, el participante del Plan, a menos que designe adecuadamente a otra persona para apelar en su nombre. A fin de designar adecuadamente a otra persona para presentar una apelación en su nombre, el Plan requiere que usted y la persona que designe como su Representante autorizado de apelaciones deben firmar este formulario indicando que tanto usted como la persona que designe como su Representante autorizado de apelaciones están de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en este formulario. **Si usted o su Representante de apelación autorizado designado no están de acuerdo con alguna de las declaraciones o términos establecidos en este formulario, no lo firme.**

Una vez que usted y su Representante de apelaciones autorizado designado hayan firmado este formulario y lo hayan devuelto a su administrador de reclamos a la dirección que se indica a continuación, comprenda que al firmar y enviar este formulario, ha autorizado al Representante de apelaciones autorizado a:

1. Ejercer sus derechos de apelación bajo el Plan.
2. Acceda a toda su información médica y reclamos por beneficios de atención médica bajo el Plan, en la medida en que cualquiera de ellos sea relevante para su apelación.
3. Recibir comunicaciones directamente de BlueAdvantage, el administrador de reclamos, con respecto a su apelación, así como toda la información relacionada, como reclamos, registros médicos, explicaciones de beneficios, llamadas telefónicas, correspondencia, su dirección, números de teléfono, número de Seguro Social e identificación del Plan. números, pagos de primas u otros datos de elegibilidad del Plan.
4. Reciba comunicaciones directamente del Plan, a través de BlueAdvantage, sobre la decisión de su Plan con respecto a su apelación, así como otra información relacionada con la apelación.

Si desea designar un representante de apelaciones, complete las partes **A** a la **D** de este formulario y envíelo al administrador de reclamos a la dirección que se muestra al final de este formulario.

A. Identificación de reclamaciones que desea apelar

Por favor Enumere las reclamaciones que autoriza al Representante de apelaciones autorizado a apelar en su nombre:

Nombre del Proveedor Medico	Fechas de servicio (Mes/Día/año)	Cantidad usted dice que el plan debe pagar

Nota: Si todos los reclamos no caben en los espacios proporcionados anteriormente, puede enviar una página adicional que muestre los detalles solicitados; sin embargo, la página adicional **debe estar firmada y fechada por usted** o no constituirá una autorización válida para que el Representante autorizado de apelaciones lo represente con respecto a la apelación de dichos reclamos identificados.

B. Identificación de su representante autorizado de apelaciones

Nombre de persona Autorizada de la apelación	Numero de teléfono de la persona Autorizada
Dirección de la persona autorizada	Ciudad, Estado, Código Postal

C. Su Firma

Firma del participante del plan (la persona a la que se refiere la apelación, es decir, los mayores de 18 años. El titular del contrato puede firmar en nombre de los menores de 18 años)

Nombre Completo	Fecha cuando Firmada (mes/Día/Año)
-----------------	------------------------------------

D. Firma del representante de apelación autorizado

El abajo firmante acepta la designación del Participante del Plan antes mencionado para actuar como Representante Autorizado de Apelaciones. El abajo firmante comprende y acepta que cualquier reclamo de beneficios supuestamente adeudados bajo el Plan, ya sea que se haga en nombre del Participante del Plan o que el abajo firmante lo haga en su propio nombre como agente del Participante del Plan, está sujeto y regido por los términos y condiciones, políticas y procedimientos del Plan. El abajo firmante por la presente acepta cumplir con todos los términos y condiciones del Plan, incluidas las asignaciones y limitaciones de pago que el Plan, según sus términos, pueda establecer. Al aceptar esta designación, el abajo firmante declara que mantendrá al Participante del Plan completamente informado de manera oportuna sobre el estado de cualquier apelación y de todas las comunicaciones relacionadas intercambiadas con el Plan o su administrador externo, BlueAdvantage Administrators of Arkansas. El abajo firmante acepta cumplir completamente con las obligaciones del abajo firmante para con el Participante del Plan al actuar como agente del Participante del Plan con respecto a cualquier apelación. Si el Participante del Plan en cualquier momento indica al abajo firmante su deseo de

revocar esta designación, el abajo firmante acuerda dejar de actuar inmediatamente en nombre del Participante del Plan, y proporcionar una notificación rápida y por escrito de la misma al Plan y a su administrador externo. , Administradores de BlueAdvantage de Arkansas.

Firma de la persona Autorizada para la apelación

Nombre Completo

Fecha cuando Firmada (Mes/Día/Año)

E. Dirección del administrador de reclamos

Envíe este formulario firmado a:

BlueAdvantage Administrators of Arkansas

P.O. Box 1460

Little Rock, AR 72203-1460