

Formulario de nombramiento de representante autorizado (AOR)

Los miembros de Alameda Alliance for Health (Alliance), tienen derecho a autorizar (dar) a un amigo, familiar u otra persona el acceso a cierta información médica sobre ellos. Para ejercer este derecho de miembro, utilice este formulario para designar a una persona como representante autorizado del miembro de Alliance.

Instrucciones

1. Escriba claramente con letra de molde o a máquina en todos los siguientes campos.
2. Entregue el formulario completo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico.

Para los miembros de Alliance Group Care y Medi-Cal:

En persona/por correo postal:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Correo electrónico: **memberservices@alamedaalliance.org**

Para miembros de Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

En persona/por correo postal:

Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Correo electrónico: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

Sección 1: Información del miembro de Alliance

Cuéntenos sobre usted

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de identificación del miembro de Alliance (Alliance Group Care o Medi-Cal, o Alameda Alliance Wellness):

Número de identificación de Medi-Cal (si es elegible y lo conoce): _____

Número de identificación de Medicare (si es elegible y lo conoce): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono celular

Formulario de nombramiento de AOR

Sección 2: Información del representante autorizado

Cuéntenos sobre su representante

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono celular

Sección 3: Responsabilidades del representante autorizado

Este nombramiento permite que el representante autorizado actúe en nombre del miembro para los siguientes servicios de Alliance:

- Cambiar mi médico/grupo médico
- Presentar un reclamo o una apelación
- Ordenar una tarjeta de identificación de miembro de Alliance nueva
- Hablar con Alliance para ayudar en la coordinación de la atención médica del miembro
- Autoridad para actuar en asuntos relacionados con medicamentos recetados (Parte D)

Sección 4: Autorización para información sensible (opcional)

Este nombramiento también incluye la facultad de actuar de acuerdo con la información relacionada con mi atención para **servicios sensibles**, lo cual puede incluir salud mental, salud reproductiva, tratamiento por consumo de sustancias, atención de afirmación de género u otras categorías protegidas. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puede revocarse en cualquier momento.

☐ **Sí**, autorizo a que mi representante actúe en asuntos relacionados con información sensible.

☐ **No**, no autorizo a que mi representante actúe en asuntos relacionados con información sensible.

Formulario de nombramiento de AOR

Sección 5: Aceptación del representante autorizado

Lea y firme

He leído este formulario y entiendo que:

- El nombramiento de un representante es válido por un (1) año a partir de la fecha en que se envía este formulario. El miembro de Alliance puede revocar este nombramiento en cualquier momento y nombrar a otra persona (u otras personas) para que actúe como su representante autorizado.
- No tengo ningún otro poder para actuar en nombre del miembro, excepto para los servicios de Alliance, según lo establecido en la Sección 3 y la Sección 4.
- No puedo transferir o reasignar mi nombramiento.
- Puedo suspender (revocar) este nombramiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Alliance.
- Acepto cumplir todas las leyes estatales y federales que rigen a los representantes autorizados. Esto incluye, entre otras, las leyes sobre la privacidad de la información, las normas contra la reasignación de reclamos de proveedores y los conflictos de intereses.
- Exención de honorarios por representación (solo para proveedores): Los proveedores y distribuidores que suministran los artículos o servicios conforme al formulario de nombramiento de representante autorizado (Appointment of Representative, AOR) no tienen permitido cobrar honorarios por la representación y, con su firma, renuncian formalmente a cualquier derecho a dichos honorarios.
 - Acepto no cobrar al miembro ni a ninguna otra persona por representarlos en este asunto.

Nombre de la organización o del representante:

Número Identificador Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI)
(si es un proveedor):

- Exención de pago para apelaciones conforme a la sección 1879(a)(2): Solo es necesario si usted es un proveedor o distribuidor que prestó los servicios que se están apelando.
 - Acepto no solicitar el pago a Medicare ni al miembro por los artículos o servicios en cuestión si se decide que Medicare no debe pagar conforme a la sección 1879(a)(2).

Nombre de la organización o del representante:

Número Identificador Nacional del Proveedor (NPI) (si es un proveedor):

Al firmar a continuación, acepto este nombramiento.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Formulario de nombramiento de AOR

Sección 6: Propósito y derechos del miembro

Lea y firme

He leído este formulario y entiendo que:

- Al completar este nombramiento, acepto que mi representante autorizado actúe en mi nombre para los servicios según lo establecido en la Sección 3 y la Sección 4.
- Mis derechos y responsabilidades como miembro de Alliance no cambian porque tenga un representante autorizado.
- Entiendo que una vez que la información se divulga de conformidad con esta autorización, el destinatario podría volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales.
- Sé que puedo suspender (revocar) este nombramiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Alliance, ya sea en persona, por correo postal, fax o correo electrónico.

Para los miembros de Alliance Group Care y Medi-Cal:

En persona/por correo postal:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Correo electrónico: **memberservices@alamedaalliance.org**

Para miembros de Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

En persona/por correo postal:

Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Correo electrónico: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

Al firmar a continuación, autorizo este nombramiento, efectivo a partir de la fecha de la firma.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el miembro si firma en su nombre: _____

Si firma en nombre del miembro, tiene que proporcionar, junto con este formulario, documentación que lo autorice a ser el representante personal del miembro. (Por ejemplo, un poder notarial de atención médica, cartas de tutela de adulto, etc.)