



Formulario de nombramiento del representante autorizado (AOR)

Como miembro de Alameda Alliance for Health (Alliance), tiene derecho a autorizar (dar) a un amigo, familiar u otra persona que identifique el acceso a cierta información médica sobre usted.

Para ejercer este derecho de miembro, tiene que **completar todos los campos** de este formulario y enviarlo por correo postal, fax o correo electrónico a:

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**

Sección 1: Cuéntenos acerca de usted

Alliance Member

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Número de identificación del miembro de Alliance: [Member ID Number] (*Group Care, Medi-Cal o*

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: _____

Sección 2: Cuéntenos sobre su representante

Nombre del representante autorizado

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco con usted (el miembro): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sección 3: Mi representante puede hacer lo siguiente

Este nombramiento permite que mi representante autorizado actúe en mi nombre 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 en mi nombre para ayudar en la coordinación de mi atención médica
- La cita también incluye la facultad de actuar en asuntos relacionados con medicamentos recetados (Parte D).

Sección 4: Autorización para información sensible (opcional)

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

- Sí**, autorizo que mi representante actúe en asuntos relacionados con información confidencial.
- No**, no autorizo que mi representante actúe en asuntos relacionados con información confidencial.

Sección 5: Aceptación del representante autorizado

Lea y firme el formulario

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 otras personas para que actúen como su representante autorizado.
- No tengo ningún otro poder para actuar en nombre del miembro, excepto para los servicios de Alliance, como se indica anteriormente en la Sección 3 y en 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 seguir todas las leyes estatales y federales que rigen a los representantes autorizados. Incluyendo, entre otras, leyes sobre la privacidad de la información, reglas contra la reasignación de reclamos de proveedores y conflictos de interés.
- Renuncia a una cuota por representación (únicamente para proveedores): los proveedores que proporcionaron los artículos o servicios conforme al formulario de representante autorizado (Authorized Representative, AOR) no tienen permitido cobrar una cuota por la representación y, con su firma, renuncian formalmente a cualquier derecho a dichas cuotas.
 - Acepto no cobrar al miembro ni a ninguna otra persona por representarle en este asunto.

Nombre de la organización o del representante:

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

Sección 5: Aceptación del representante autorizado (continuación).

Lea y firme

- Renuncia al pago de apelaciones conforme a la sección 1879(a)(2): solo se requiere si usted es un proveedor o abastecedor que dio los servicios que se apelan.
 - Acepto no buscar el pago por parte de Medicare ni por parte del miembro por los artículos o servicios en cuestión si se decide que Medicare no debe pagar conforme a la sección 1879(a)(2).2.

Nombre del proveedor o abastecedor:

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

Al firmar a continuación, acepto este nombramiento.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

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 seleccionados anteriormente en la Sección 3 y en la Sección 4.
- Mis derechos y responsabilidades como miembro de Alliance no cambian porque tengo un representante autorizado.
- Entiendo que una vez que la información se divulga de conformidad con esta autorización, el destinatario puede 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 a:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**

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

Firma: _____ Fecha: _____

Relación si firma en nombre del miembro: _____

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