Formulario de designación de representante

Última actualización: Julio de 2026

Autorizo que la persona nombrada a continuación sea mi Representante, para actuar en mi nombre para tomar todas las decisiones relacionadas a mi cobertura de CareOregon Advantage, como si lo estuviera haciendo yo mismo. Mi Representante puede recibir mi información de salud y divulgar dicha información a CareOregon Advantage y sus afiliados ("Plan") si es necesario para tomar una decisión relacionada a la cobertura de mi Plan.

Información del afiliado

Nombre: _____

Fecha de nacimiento (o número de identificación del afiliado): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información del representante

Nombre: _____ Parentesco con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estoy designando a este Representante para que actúe en mi nombre para cualquier asunto relacionado con mi cobertura de seguro y beneficios proporcionados por mi Plan. Esto incluye actuar en mi nombre para compartir mi información de salud con el Plan y/o solicitar mi información de salud al Plan, en lo que respecta a la inscripción, pagos de prima, beneficios, quejas, cambios de domicilio, cambios de proveedor, solicitudes para comunicaciones especiales, y/o ayuda con quejas, reclamaciones o apelaciones. Entiendo que la información divulgada a mi Representante según lo permitido por este formulario puede estar relacionada con el tratamiento por consumo de drogas/alcohol, la salud mental e información sobre el VIH. Entiendo que esta designación se considera válida por un año a partir de la fecha mencionada abajo y deberá ser actualizada anualmente. También entiendo que tengo el derecho a revocar esta designación por escrito en cualquier momento, enviando mi revocación escrita al Plan a la dirección que se indica a continuación.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Si alguien firma por el afiliado, por favor proporcione una copia de la carta poder u otro documento legal que otorgue ese permiso.

Firma del representante: _____

Envíe por fax el formulario completo al:
503-416-3723

O

Envíe por correo electrónico:
CareOregon Advantage Customer Service
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204