

Назначение представителя



Я уполномочиваю лицо, указанное ниже, быть моим представителем и действовать от моего имени для принятия всех решений, связанных с моим страховым обеспечением в рамках программы CareOregon Advantage, как если бы я делал(-а) это самостоятельно. Мой представитель может получать мои медицинские данные от программы CareOregon Advantage и передавать их в эту программу и её партнерам (план страхования), если это необходимо для принятия решений, связанных с моим страховым обеспечением в рамках плана страхования.

Информация об участнике

Имя, фамилия: _____

Дата рождения (или идент. номер участника): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Адрес эл. почты: _____

Информация о представителе

Имя, фамилия: _____

Кем приходится участнику: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Адрес эл. почты: _____

Я назначаю этого представителя действовать от моего имени по любому вопросу, связанному с моим страховым обеспечением и льготами, предоставляемыми моим планом страхования. Это распространяется на действия от моего имени по передаче моих медицинских данных в план страхования и/или действия по запросу о предоставлении моих медицинских данных планом страхования, связанных с регистрацией, уплатой страховых взносов, льготами, требованиями об оплате услуг, изменением адреса, сменой поставщика услуг, запросами на специальные сообщения и/или помощью в рассмотрении жалоб, претензий или апелляций. Я понимаю, что информация, переданная моему представителю в соответствии с данным формуляром, может касаться лечения наркотической/алкогольной зависимости, психического здоровья и информации о ВИЧ. Я понимаю, что имею право в любое время отозвать данное распоряжение в письменном виде и направить свой письменный отзыв в администрацию плана страхования по адресу, указанному ниже.

Это распоряжение будет действовать бессрочно, если я не укажу здесь

более раннюю дату истечения срока его действия: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Имя, фамилия печатными буквами: _____

Если за участника ставит свою подпись кто-либо другой, просьба предоставить копию доверенности или другого юридического документа, дающего такое разрешение.

Подпись представителя: _____

Отправьте заполненный бланк по факсу на номер: 503-416-3723

ИЛИ

По почте: Customer Service CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland OR 97204

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 888-712-3258 • TTY 711 • careoregonadvantage.org

MED-HSO-21303910-RU-0118