

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede usar este formulario si desea que otra persona pueda hablar con Revere Health Choice y actuar en su nombre. A esta persona se le denomina representante autorizado.

Nota: Un representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con Revere Health Choice y puede recibir información personal sobre usted hasta que recibamos un aviso de cancelación.

¿Cómo elijo un representante autorizado?

Un representante autorizado debe ser una persona u organización en la que usted confíe para que actúe en su nombre. Es común que los miembros elijan a un padre, madre o tutor, cónyuge u otra persona de confianza que acepte brindar asistencia. La persona que elija como su representante autorizado también deberá firmar este formulario (consulte la Parte B a continuación).

¿Puedo elegir a más de una persona como representante autorizado?

Sí, puede seleccionar a más de una persona para que actúe como representante autorizado. Cada una de estas personas debe proporcionar su aprobación completando un formulario de representante autorizado firmado. Cada representante debe llenar un formulario por separado.

¿Tengo que seleccionar un representante autorizado?

No. No es necesario que seleccione un representante autorizado. Puede elegir no firmar este formulario por cualquier motivo y esa elección no afectará la inscripción o la elegibilidad para los beneficios de Revere Health Choice.

¿Cómo termina la designación de un representante autorizado?

Si decide que ya no desea un representante autorizado, puede notificarnos por teléfono, correo postal o fax (consulte la información de contacto a continuación) cuando desee que finalice la designación. El aviso debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Nombre de su representante autorizado
- Una declaración de que la designación ha terminado
- Su firma o, en caso de que no pueda proporcionar un aviso por escrito, la firma de una persona que actúe en su nombre.

Además, si su representante autorizado nos notifica que ya no actúa en su nombre, ya no reconoceremos a la persona u organización como su representante autorizado.

¿Cómo presento este formulario?

Hay dos formas en las que puede enviar este formulario:

1. Envíe el formulario por correo a:
Revere Health Choice
Asunto: Formulario de Representante Autorizado
101 Station Drive, Suite 200
Westwood, MA 02090
2. Envíe el formulario por fax a: 480-760-4708

Las preguntas sobre el Formulario de divulgación autorizada deben dirigirse a Servicios para Miembros al 1-855-860-4949.

INSTRUCCIONES

En la página dos (2) del formulario, debe completar la Parte A. En la página tres (3) del formulario, su representante autorizado debe completar la Parte B. Puede optar por presentar la Parte A y la Parte B del formulario por separado, marcando la casilla a continuación. Si decide enviar las partes por separado, separe la Parte A y la Parte B o pídale a su representante autorizado que complete una copia del formulario. Ambas partes deben llenarse en su totalidad para que la designación de representante autorizado entre en vigencia.

Parte A: para ser completada por el afiliado. Escriba con letra de imprenta, excepto la firma.

Nombre del miembro (nombre y apellido)	Número de identificación de miembro de Revere Health Choice
Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)	Dirección de correo electrónico del miembro
Nombre del representante autorizado (nombre y apellido)	Número de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	

Certifico que he elegido a la persona u organización mencionada anteriormente para que sea mi representante autorizado y el de cualquier hijo dependiente menor de 18 años del que soy el padre/madre con la custodia, y que entiendo las obligaciones y responsabilidades que tendrá esta persona u organización (como se explicó anteriormente en este formulario).

Firma del miembro	Fech
--------------------------	-------------

Marque esta casilla solo si la **Parte B** del formulario se va a presentar por separado

Parte B: Para ser completada por un representante autorizado. Escriba con letra de imprenta, excepto la firma.

Nombre del miembro (nombre y apellido)	Número de identificación de miembro de Revere Health Choice
Nombre del representante autorizado (nombre y apellido)	Número de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	
Relación del representante autorizado con el miembro	Fecha de nacimiento del representante autorizado (MM/DD/AAAA)

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o miembro mencionada anteriormente y, si corresponde, los hijos dependientes de dicho solicitante o miembro, que Revere Health Choice me proporcione.

Si también soy un proveedor, miembro del personal o voluntario afiliado a una organización, y actúo en mi calidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que cumpliré en todo momento con todas las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables con respecto a la confidencialidad de la información y los conflictos de intereses, incluidas las establecidas en 42 C.F.R. parte 431, subparte F, 42 C.F.R. § 447.10, y 45 C.F.R. § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha
-------------------------------------------	--------------

Marque esta casilla solo si la **Parte A** del formulario se va a presentar por separado