CalOptima Health
A Public Agency
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
☎ 714-246-8400
TTY: 편도 711회
caloptima.org

항소 및 불만 승인 대리인 지정 양식

섹션 1: 회원 정보

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN 번호: _____ 전화: _____

섹션 2: 승인된 대리인 정보

대리인 이름: _____

기관 (해당하는 경우): _____

회원과의 관계: _____

이메일: _____ 전화: _____

주소: _____

섹션 3: 대리인에게 허용하는 업무

저는 위에 명시된 개인 또는 기관이 항소 및/또는 불만 처리 절차와 관련하여 CalOptima Health 에 대해 저를 대신하여 업무를 수행할 수 있도록 다음과 같이 권한을 부여합니다:

☐ 항소 제기

☐ 불만 제기

□ 항소 및 불만 제기

대리인이 도움을 제공하기를 원하는 항소 또는 불만 유형을 알려주십시오.

- 서비스 또는 결정 날짜: _____

- 관련된 제공자, 서비스 또는 문제의 설명:

  _____

  □ 위 항소 또는 불만만 해당
  □ 본 권한은 유효한 기간 동안 제가 제기하는 모든 항소 또는 불만 해당

대리인은 위에서 선택된 항소 또는 불만 사항에 대해서만 회원을 대신하여 업무를 수행할 수 있습니다. 또한 대리인은 회원을 대신하여 CalOptima Health 와 직접 연락을 주고받을 수 있습니다. 여기에는 통지서 및 서신을 받는 일, 서류 및 증빙 자료를 제출하는 일, 그리고 항소 또는 불만과 관련된 사건 기록 및 정보를 검토하거나 사본을 받는 일이 포함됩니다.

섹션 4: 본 권한의 유효 기간(종료일)

지정된 개인 또는 기관에게의 승인은 다음 날짜에 종료됩니다: _____

_____

(구체적인 날짜 또는 사건을 적으십시오. 날짜는 본 양식에 본인이 서명하고 제출한 날로부터 1 년을 초과해서는 안 됩니다.)

종료일을 기재하지 않거나 승인이 언제 종료되어야 하는지 명시하지 않으면 이 양식을 접수할 수 없습니다. 종료일에는 월, 일, 연도를 모두 포함해야 합니다.

날짜 대신 행사를 기재할 수도 있습니다. 예는 다음과 같습니다: "항소 또는 불만 처리가 완료되면", "항소 또는 불만이 제출된 후", 또는 "퇴원 후".

섹션 5: 회원의 확인 및 동의

본인은 다음 사항을 이해합니다:

- 제가 지정한 대리인이 항소 및 불만 제기 절차와 관련된 제 보호된 건강 정보(protected health information, PHI)에 접근하고 이에 대해 논의하는 것을 허락합니다.
- 제가 지정한 대리인이 제 건강 정보를 다시 공유할 수 있으며, 그 경우 해당 정보는 건강보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA 개인정보 보호법)의 보호를 더 이상 받지 못할 수 있습니다.
- 제 진료, 비용 지불 또는 혜택 자격은 이 동의서에 서명하는지 여부에 따라 달라지지 않습니다.
- 저는 언제든지 건강 플랜에 서면으로 통지하여 이 승인을 철회할 수 있습니다.
- 승인을 철회하더라도 이 승인에 근거하여 이미 이루어진 조치에는 아무런 영향이 없습니다.

본 양식에 서명함으로써, 저는 CalOptima Health 가 이 양식에 기재된 불만(들) 및/또는 항소(들)와/과 관련된 보호 건강 정보(PHI)를 제가 지정한 대리인에게 제공하도록 허용합니다.

섹션 6: 서명

회원의 서명 또는 회원의 법적 대리인:

인쇄: _____

서명: _____ 날짜: _____

회원과의 관계: _____ *(본인, 부모, 의료 대리인, 법적 위임장 보유자, 또는 유산 집행인)*

법적 대리인을 증명하는 관련 서류 첨부:

☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 기록됨 ☐ 해당 없음

CalOptima Health 에 이 양식을 우편 또는 팩스로 제출하십시오:

Attn: Enrollment and Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

팩스: 1-714-338-3104

이 양식은 **오직** CalOptima Health 에서 처리하는 항소 및/또는 불만 사항에 대해 회원을 대신하여 누군가가 대리할 수 있도록 허용하는 용도입니다. 이 양식은 회원의 대리인에게 Medi-Cal 자격 또는 가입 관련 업무나 주 공정 심리에 대해 회원을 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여하지 않습니다. 이러한 사항에 대해서는 별도의 양식을 작성해야 할 수 있습니다.

도움이 필요한 경우, CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**) 로 월요일– 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 30 분사이 전화주십시오. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.