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

نموذج تعيين ممثل مفوض للإستئناف والتظلم

القسم 1: معلومات العضو

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

الـ CIN الخاص بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

القسم 2: معلومات الممثل المفوض

اسم الممثل: _____

الوكالة (إن وُجدت): _____

العلاقة بالعضو: _____

البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

القسم 3: ما أسمح لممثلي بالقيام به

أمنح الشخص أو الجهة المذكورة أعلاه الإذن بالتصرف نيابةً عني أمام CalOptima Health أثناء عملية الاستئناف و/أو التظلم:

☐ تقديم استئناف

☐ تقديم تظلم

☐ تقديم استئناف وتظلم

يُرجى إخبارنا بأي استئناف أو تظلم تود أن يساعدك ممثلك بشأنه.

- تاريخ الخدمة أو القرار:

_____

- وصف لمزود الرعاية، أو الخدمة أو المسألة المعنية:

_____

☐ الاستئناف أو التظلم المذكور أعلاه فقط
☐ أي تظلم أو استئناف أقدمه أثناء سريان هذا التفويض

لا يجوز لممثلك التصرف نيابةً عنك إلا في مسألة الاستئناف أو التظلم التي اخترتها أعلاه. يمكن لممثلك أيضاً التواصل مباشرةً مع CalOptima Health نيابةً عنك. يشمل ذلك تلقي الإخطارات والخطابات، وتقديم المستندات والأدلة، والاطلاع على ملفات القضية والمعلومات المتعلقة بالاستئناف أو التظلم أو الحصول على نسخ منها.

القسم 4: مدة سريان هذا الإذن (تاريخ الانتهاء)

ينتهي هذا التفويض للافراج عن المعلومات للأشخاص أو الوكالة المذكورة في: _____

_____

(اكتب تاريخًا أو حدثًا محددًا. يجب ألا يتجاوز التاريخ عاماً واحداً من تاريخ توقيعك على هذا النموذج وإعادته.)

إذا لم تذكر تاريخاً للانتهاء أو توضح متى يجب أن يتوقف هذا التفويض، فلن نتمكن من قبول هذا النموذج. يجب أن يتضمن تاريخ الانتهاء الشهر، واليوم والسنة.

يمكنك كتابة حدث بدلاً من التاريخ. على سبيل المثال: "عند الانتهاء من الاستئناف أو التظلم"، أو "بعد تقديم الاستئناف أو التظلم"، أو "بعد مغادرتي المستشفى".

القسم 5: إقرار العضو

أدرك أن:

- يمكن لممثلي المفوَّض الاطلاع على المعلومات الصحية المحمية (protected health information, PHI) ومناقشتها فيما يتعلق بعمليات الاستئناف والتظلم.
- قد تتم مشاركة المعلومات الصحية الخاصة بي مرة أخرى من قِبَل ممثلي المفوَّض، وقد لا تعود محمية بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (قانون خصوصية HIPAA).
- لن يعتمد حصولي على العلاج، أو الدفع، أو استحقاقي للمزايا على توقيعي على هذا التفويض.
- يمكنني إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إبلاغ CalOptima Health بذلك كتابةً.
- لن يؤدي الإلغاء إلى تغيير أي شيء تم إنجازه بالفعل باستخدام هذا التفويض.

بتوقيعي على هذا النموذج، فإنني أفوض CalOptima Health بالكشف عن الـ PHI المتعلقة بالتظلّم (التظلّمات) و/أو الاستئناف (الاستئنافات) الواردة في هذا النموذج لممثلي المفوَّض.

القسم 6: التوقيع

توقيع العضو أو توقيع الممثل القانوني للعضو:

الإسم بخط واضح: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

العلاقة بالعضو: _____
(الشخص نفسه، أو الوالد، أو وكيل الرعاية الصحية، أو صاحب التوكيل الرسمي، أو مُنفِّذ الوصية)

المستندات المؤيدة المرفقة الخاصة بالممثل القانوني:

☐ نعم ☐ لا ☐ موجود في الملف ☐ لا ينطبق

يرجى إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس إلى CalOptima Health:

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

الفاكس: 1-714-338-3104

يمنح هذا النموذج شخصاً ما الإذن **فقط** بتمثيلك في عملية استئناف و/أو تظلم تتولى CalOptima Health معالجتها. لا يمنح هذا ممثلك الإذن بالتصرف نيابةً عنك في المسائل المتعلقة بأهلية Medi-Cal أو التسجيل فيه، أو فيما يخص جلسات الاستماع العادلة على مستوى الولاية. قد تحتاج إلى تعبئة نموذج منفصل لهذه المسائل.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال برقم **خدمة عملاء** CalOptima Health على **1-888-587-8088** (TTY **711**) مجانًا، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً الى 5:30 مساءً. لدينا موظفون يتحدثون لغتك.