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

# 上訴與申訴授權代表指定表

## 第 1 部分: 會員資訊

會員名字: _____出生日期: _____

會員 CIN 號碼: _____ 電話號碼: _____

## 第 2 部分: 授權代表資訊

代表姓名: _____

機構 (如適用): _____

與會員的關係: _____

電子郵件: _____ 電話號碼: _____

地址: _____

## 第 3 部分: 我允許我的代表執行的事項

我同意上述列出的個人或機構在上訴及/或申訴過程中, 代表我與 CalOptima Health 處理相關事宜:

☐ 提出上訴

☐ 提出申訴

☐ 提出上訴與申訴

請告訴我們您希望代表協助處理哪一項申訴或上訴。

- 服務或決議日期:_____

- 請說明涉及的服務提供者、服務或問題:

  _____

  ☐ 僅限上述上訴或申訴
  ☐ 在本授權書有效期間內，我所提出的任何申訴或上訴

您的代表僅能就您上述選擇的上訴或申訴事項，代表您採取行動。您的代表也可代表您直接與 CalOptima Health 進行溝通。這包括接收通知與信函、提交文件與證明，以及查閱或獲取與該上訴或申訴相關的案件檔案及資訊副本。

## 第 4 部分: 該授權的期限 (結束日期)

上述指定個人或機構的授權將於以下日期終止: _____

_____

(請填寫具體日期或事件。該日期不得晚於您簽署並送回本表後的一年。)

**如果您未填寫結束日期或未說明本授權何時終止，我們將無法受理本表。結束日期必須包括月份、日期和年份。**

**您也可以填寫某個事件來代替日期。例如:「當上訴或申訴程序結束時」、「在上訴或申訴提交之後」或「在我出院之後」。**

## 第 5 部分: 會員確認事項

我瞭解以下事項:

- 我的授權代表可以查閱並討論與上訴和申訴相關的受保護健康資訊 (protected health information, PHI) 。
- 我的健康資訊可能會被我的授權代表再次分享，且可能不再受到《健康保險流通與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA 隱私法) 的保護。
- 我的治療、付款或獲得福利的資格，並不取決於我是否簽署本授權表。
- 我可以隨時透過書面通知 CalOptima Health 來撤銷本授權。
- 撤銷授權不會改變在撤銷前已經依據本授權所執行的任何事項。

簽署本表即表示我授權 CalOptima Health 向我的授權代表披露與本表中上訴及/或申訴相關的 PHI。

## 第 6 部分: 簽名

會員簽名或會員授權代表簽名:

正楷填寫姓名: _____

簽名: _____ 日期: _____

與會員的關係: _____

*(本人、父母、醫療保健代理人、委任代理人或遺產執行人)*

已附上法定代表人的證明文件:

☐ 是 ☐ 否 ☐ 已存檔 ☐ 不適用

---

**請將此表格郵寄或傳真至 CalOptima Health:**

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

**傳真: 1-714-338-3104**

本表**僅**授權他人代表您處理由 CalOptima Health 辦理的上訴及/或申訴事宜。這並不表示您的代表有權為您處理 Medi-Cal 的資格或參保事宜, 或參加州公平聽證會。針對上述事項, 您可能需要填寫另一份單獨的表。

如果您需要幫助, 請於週一至週五, 上午 8 點至下午 5 點 30 分, 撥打免付費電話 **1-888-587-8088** (TTY **711**) 聯絡 CalOptima Health 客戶服務部。我們有工作人員會說您的語言。