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

فرم تعیین نماینده مجاز برای فرآیند تجدیدنظر و رسیدگی به شکایات

بخش 1: اطلاعات عضو

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

شماره عضویت: _____ تلفن: _____

بخش 2: اطلاعات نماینده مجاز

نام نماینده: _____

موسسه (در صورت وجود):

_____

نسبت با عضو: _____

ایمیل: _____ تلفن: _____

آدرس: _____

بخش 3: آنچه به نماینده‌ام اجازه می‌دهم انجام دهد

من به شخص یا سازمان ذکر شده در بالا اجازه می‌دهم که در طول فرآیند تجدیدنظر و/یا شکایت، از طرف من در تعاملاتم با CalOptima Health اقدام کند:

☐ ثبت درخواست تجدیدنظر

☐ ثبت شکایت

☐ ثبت درخواست تجدیدنظر و شکایت

لطفاً به ما اطلاع دهید که می‌خواهید نماینده‌تان در خصوص کدام درخواست تجدیدنظر یا شکایت به شما کمک کند.

- تاریخ ارائه خدمت یا صدور تصمیم:

_____

- اطلاعات ارائه‌دهنده، خدمت یا مسئله‌ی مربوطه:

_____

☐ صرفاً درخواست تجدیدنظر یا شکایت ذکر شده در بالا
☐ هرگونه شکایت یا درخواست تجدیدنظری که در دوران اعتبار این مجوز ثبت کنم

نماینده شما تنها می‌تواند در خصوص موضوع تجدیدنظر یا شکایتی که در بالا انتخاب کرده‌اید، از طرف شما اقدام کند. نماینده شما همچنین ممکن است از طرف شما مستقیماً با CalOptima Health ارتباط برقرار کند. این امر شامل دریافت ابلاغیه‌ها و نامه‌ها، ارائه اسناد و مدارک، و نیز بررسی یا دریافت نسخه‌ای از پرونده‌ها و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر یا شکایت است.

بخش 4: مدت زمان اعتبار این مجوز (تاریخ پایان)

این مجوز برای شخص یا سازمان نامبرده در تاریخ زیر پایان می‌یابد: _____

_____

(یک تاریخ یا رویداد خاص بنویسید. تاریخ آن نباید دیرتر از یک سال پس از امضا و بازگرداندن این فرم باشد.)

اگر تاریخ پایان را ننویسید یا توضیح ندهید که این مجوز چه زمانی باید متوقف شود، ما نمی‌توانیم این فرم را بپذیریم. تاریخ پایان باید شامل ماه، روز و سال باشد.

به جای تاریخ، می‌توانید یک رویداد بنویسید. برای مثال: «وقتی درخواست تجدیدنظر یا شکایت تمام شود»، «پس از ارائه درخواست تجدیدنظر یا شکایت»، یا «پس از ترک بیمارستان».

بخش 5: تأییدیه عضو

من متوجه هستم که:

- نماینده مجاز من می‌تواند به اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (protected health information, PHI) من در خصوص درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات دسترسی داشته باشد و درباره آن‌ها گفتگو کند.
- ممکن است اطلاعات بهداشتی من مجدداً توسط نماینده مجازم به اشتراک گذاشته شود و دیگر تحت حمایت قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (قانون حریم خصوصی HIPAA) نباشد.
- درمان، پرداخت هزینه ها یا واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا، به امضای این رضایت‌نامه بستگی نخواهد داشت.
- من می‌توانم هر زمان که بخواهم با اطلاع‌رسانی کتبی به CalOptima Health، این مجوز را لغو کنم.
- لغو کردن این مجوز هیچ‌یک از اقداماتی را که پیش‌تر با استفاده از این مجوز انجام شده است، تغییر نخواهد داد.

با امضای این فرم، به CalOptima Health اجازه می‌دهم تا اطلاعات سلامت محافظت‌شدهٔ (PHI) مربوط به شکایت(ها) و/یا درخواست(های) تجدیدنظر مندرج در این فرم را در اختیار نمایندهٔ مجاز من قرار دهد.

بخش 6: امضا

امضای عضو یا امضای نماینده قانونی عضو:

درج نام:

_____

امضا: _____ تاریخ: _____

نسبت با عضو: _____
(خود فرد، والدین، نماینده امور درمانی، وکیل قانونی یا مجری وصیت‌نامه)

مدارک پشتیبانی مربوط به نماینده قانونی پیوست شده است:

☐ بله ☐ خیر ☐ در پرونده موجود است ☐ در این مورد صدق نمی کند

لطفاً این فرم را برای CalOptima Health پست یا فکس کنید:

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

فکس: 1-714-338-3104

این فرم **تنها** به این شخص اجازه می‌دهد که در جریان رسیدگی به درخواست تجدیدنظر و/یا شکایت توسط CalOptima Health، به نمایندگی از شما اقدام کند. این مجوز به نماینده شما اجازه نمی‌دهد که در خصوص مسائل مربوط به واجد شرایط بودن یا ثبت‌نام در Medi-Cal یا جلسات رسیدگی عادلانه ایالتی (State Fair Hearings) از طرف شما اقدام کند. ممکن است لازم باشد برای این موارد فرم جداگانه‌ای را تکمیل کنید.

اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان **1-888-587-8088** (TTY **711**)، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر تماس بگیرید. ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.