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

Formulario de nombramiento de un representante autorizado para apelaciones y quejas

Sección 1: Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de CIN: _____Teléfono: _____

Sección 2: Información del representante autorizado

Nombre del representante: _____

Agencia (si aplica): _____

Relación con el miembro: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Sección 3: Lo que permito que haga mi representante

Autorizo a la persona o agencia indicada anteriormente a actuar en mi nombre ante CalOptima Health durante el proceso de apelación y/o queja:

☐ Presentar una apelación

☐ Presentar una queja

☐ Presentar una apelación y queja

Díganos con qué apelación o queja desea que le ayude su representante.

- Fecha de servicio o decisión:_____

- Descripción del proveedor, servicio o problema en cuestión:

  _____

  ☐ Solo la apelación o queja anterior.

  ☐ Cualquier apelación o queja que yo presente mientras esta autorización esté vigente.

Su representante solo puede actuar en su nombre en la apelación o queja que usted elija de arriba. Su representante también puede comunicarse directamente con CalOptima Health en su nombre. Esto incluye recibir notificaciones y cartas, presentar documentos y pruebas, y revisar u obtener copias de los expedientes del caso y de la información relacionada con la apelación o queja.

Sección 4: ¿Cuánto tiempo dura este permiso? (fecha de vencimiento)

Esta autorización de nombramiento para la persona o agencia designada terminará el: _____

_____

(Escriba una fecha o un evento específico. La fecha no debe ser después de un [1] año a partir de la fecha en que firme y devuelva este formulario).

No podemos aceptar este formulario si no escribe una fecha de vencimiento o describe cuándo debe finalizar esta autorización. La fecha de vencimiento debe incluir día, mes y año.

Puede escribir un acontecimiento en lugar de una fecha. Por ejemplo: "Cuando finalice la apelación o queja", "después de presentar la apelación o queja" o "después de salir del hospital".

Sección 5: Certificación del miembro

Comprendo que:

- Mi representante autorizado puede tener acceso y hablar sobre mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) relacionada con mis apelaciones y quejas.
- Mi información médica puede ser compartida nuevamente por mi representante autorizado y es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Médicos (Ley de privacidad de HIPAA).
- Mi tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios no dependerán de que firme esta autorización.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento informándole a CalOptima Health por escrito.
- La cancelación no cambiará nada de lo que ya se haya realizado mediante esta autorización.

Al firmar este formulario, autorizo a CalOptima Health a divulgar la PHI relacionada con la(s) queja(s) y/o apelación(es) de este formulario a mi representante autorizado.

Sección 6: Firma

Firma del miembro o firma del representante legal del miembro:

Nombre con letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el miembro: _____
(yo, padre, madre, agente de atención médica, poder notarial o albacea testamentario)

Se anexa documentación de respaldo para el representante legal:

☐ Sí ☐ No ☐ En archivo ☐ No aplica

Envíe este formulario por correo postal o por fax a CalOptima Health:

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

Fax: 1-714-338-3104

Este formulario **solo** autoriza a una persona a representarle en una apelación y/o queja atendida por CalOptima Health. No otorga permiso a su representante para actuar en su nombre en asuntos relacionados con la elegibilidad o inscripción en Medi-Cal ni en las Audiencias imparciales estatales. Es posible que necesite llenar un formulario por separado para estos asuntos.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-587-8088** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. Contamos con personal que habla su idioma.