

النموذج الموحد في ولاية نيويورك لتعيين ممثل للمساعدة في تصاريح التأمين الصحي*، والشكاوى والتظلمات والطعون
يمكن تقديم هذا النموذج إلى العنوان أو رقم الفاكس الواردين على بطاقة العضوية الخاصة بك.

القسم ١: معلومات عن العضو وعن المطالبة			
اسم العضو:		تاريخ الولادة:	
العنوان:			
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:
رقم الهاتف المنزلي:		رقم الهاتف المحمول:	
البريد الإلكتروني (اختياري):			
اسم شركة التأمين:		رقم تعريف العضو:	
رقم المطالبة (إن وجد):		رقم خطة المجموعة (إن وجد):	
وصف المطالبة/الخدمات/البنود المرفوضة أو تلك التي يجري طلبها:			
القسم ٢: الممثل المصرح له المعين			
أنا، _____ (يرجى طباعة الاسم)، أعين الشخص أو الأشخاص أو المنظمة، بناءً على التحديد الوارد أدناه، بصفة ممثلي المصرح له لمساعدتي ومعاونتي على استكمال طلب الحصول على تصريح مسبق، أو شكوى أو تظلم أو طعن إلى جانب شركة التأمين، ولطلب وتلقي معلومات مرتبطة بطلب الحصول على تصريح مسبق أو شكوى أو تظلم أو طعن في المطالبة أو الخدمات أو البنود الوارد وصفها أعلاه.			
الاسم (الأسماء):		المنظمة:	
العنوان:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	رقم الهاتف:
العلاقة بالعضو (إن وجدت):		البريد الإلكتروني:	
القسم ٣: تاريخ حلول أجل التصريح			
يحل أجل هذا التصريح بتاريخ / / (اليوم/الشهر/السنة) أو في الحالة التالية:			

أدرك أنه إذا لم أدون تاريخاً أو أبلغت عن حدوث حالة ما تؤدي إلى انتهاء التصريح، يبقى مفعوله سارياً إلى أن ألغيه خطياً، أو إلى تسوية طلب الحصول على تصريح مسبق، أو الشكوى أو التظلم أو الطعن، أو بعد مرور ٢٤ شهراً على تاريخ توقيع هذا النموذج، وفقاً للحالة التي تطرأ أولاً.

القسم ٤: شروط التصريح

أنا أفهم ما يلي:

- يُعدّ هذا التصريح اختيارياً.
- لن تضع شركة التأمين الخاصة بي شروطاً على تسجيلي أو أهليتي أو تفرض دفع مبالغ لقاء مطالبة الحصول على استحقاقات صحية لدى تقديمي هذا التصريح.
- يمكن أن يعيد ممثلي المعين إفصاح معلوماتي الصحية. وإذا لم يكن ممثلي المعين مقدماً للرعاية الصحية، لن تحمي قوانين وأنظمة الخصوصية الفيدرالية أو تلك الخاصة بالولاية هذه المعلومات بعد الآن.
- يحق لي إلغاء هذا التصريح في أي وقت من الأوقات، على أن يكون الإلغاء خطياً. (يرجى إرسال الإشعار الخطي إلى العنوان أو رقم الفاكس الواردين على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو بحسب ما تحدده شركة التأمين.)
- يسري مفعول أي إلغاء حالما تتلقى شركة التأمين الإشعار الخطي بالإلغاء. وأنا أفهم أنّ هذا الإلغاء لن يؤثر على أي إجراء تتخذه شركة التأمين استناداً إلى التصريح قبل تلقي الإشعار الخطي بالإلغاء.

القسم ٥: التوقيع

التوقيع:

التاريخ:

يرجى طباعة الاسم:

العلاقة بالعضو (إذا لم يوقع العضو):

إذا كنت توقع النموذج بصفنك وكيل قانوني، أو وصي قانوني، أو ممثل قانوني آخر، يرجى إرفاق هذا النموذج بنسخة عن مستندات تصريحك القانوني.

يشمل التأمين الصحي* تأميناً شاملاً على الصحة والبصر والأسنان.

معلومات هامة:

- يحقّ للمسجلين في الرعاية التي يديرها برنامج Medicaid، أو خطة Essential Plan، أو تغطية Child Health Plus استخدام هذا النموذج، غير أنه ليس معداً ليستخدمه المستفيدون من برامج Medicaid و Medicare الأخرى. يرجى الاتصال بشركة التأمين/المسؤول عن الخطة الصحية الخاصة بك للحصول على نموذج لهذه التغطية إذا لزم الأمر.
- لا يُعدّ هذا النموذج كافياً للإفصاح عن بعض المعلومات الصحية الحساسة التي تحميها القوانين والأنظمة الفيدرالية أو تلك الخاصة بالولاية. ويحق لشركة التأمين أن تطلب منك تعبئة تصريح مختلف للإفصاح عن المعلومات الصحية الحساسة، مثل المعلومات المرتبطة بالصحة النفسية، أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات أو فيروس نقص المناعة المكتسب/مرض الإيدز.
- إذا تقدمت بطعن داخلي ورفضته شركة التأمين، يحق لك التقدم بطعن خارجي، كما يحق لك تعيين مندوب للتقدم به. يرجى عدم استعمال هذا النموذج لتعيين مندوب للتقدم بطعن خارجي. ويمكن العثور على معلومات عن كيفية التقدم بطعن خارجي على الموقع التالي: www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal

يمكن تقديم هذا النموذج إلى العنوان أو رقم الفاكس الواردين على بطاقة العضوية الخاصة بك.