

纽约州指定代理人办理健康保险* 授权、投诉、申诉和上诉标准表格

本表格可提交至会员卡上的地址或传真号码。

一、会员和索赔信息				
会员姓名：			出生日期：	
地址：				
市：		州：		邮编：
家庭电话：			手机：	
电子信箱（选填）：				
承保人名称：			会员号：	
索赔号（如适用）：			团体号（如有）：	
被拒绝或要求提供的索赔/服务/项目说明：				
二、指定授权代理人				
本人_____（印刷体姓名），现指定以下人员/机构作为本人的授权代理人，帮助本人向承保人提出以及协助本人办理预授权申请、投诉或申诉事宜，以及索取和接收与上述索赔、服务或项目的预授权申请、投诉或申诉有关的信息。				
姓名：			机构名称：	
地址：				
市：		州：	邮编：	电话：
与会员关系（如有）：			电子信箱：	
三、授权终止日期				
本授权于_____年_____月_____日或发生以下事件时终止：				
本人明白，如果本人未写明终止日期或终止事件，则本授权将一直有效，直至本人以书面方式取消授权，预授权申请、投诉或申诉得到解决，或者自本人签署本表之日起24个月后终止，以先发生者为准。				

四、授权条件

本人明白：

- 本授权书属自愿性质。
- 承保人不会以本人提供此授权书为条件决定本人的投保、资格或健康保险赔付。
- 本人的健康信息可能被本人指定的代理人再次披露，如果本人指定的代理人不是医疗服务机构，这些信息不再受联邦或州隐私法律法规的保护。
- 本人有权随时取消此授权，取消授权必须以书面形式进行。（请将书面通知发送至会员卡上或承保人指定的地址或传真号码）。
- 取消授权在承保人收到本人取消授权通知书后立即生效。本人明白，取消授权不影响承保人收到本人取消授权通知书之前依据授权采取的任何行动。

五、签字

签字：

日期：

印刷体姓名：

与会员的关系（如果不是会员签字）：

如果您是作为委托代理人、法定监护人或其他法定代理人签字，请随本表格提供一份合法授权文件副本。

***健康保险**包括综合健康保险、视力保险和牙科保险。

重要提示：

- 本表格可供联邦医疗补助计划（Medicaid）管理式医疗、基本健保计划（Essential Plan）和儿童健康保险（Child Health Plus）的投保人使用。本表格不适用于参加其他联邦医疗补助计划保险或老年人医疗保险（Medicare）的会员。如有需要，请联系承保人/医疗保险计划，索取相关保险表格。
- 本表格可能不足以用来披露某些受州或联邦法律保护的敏感健康信息。承保人披露敏感信息（如：精神健康信息、药物使用障碍信息或艾滋病信息）时，可能会要求您填写一份单独的授权书。
- 如果提出内部申诉被承保人拒绝，您有权提出外部申诉。您可以指定代理人提出外部申诉。请勿使用本表格指定代理人进行外部申诉。进行外部申诉的信息参见 www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal。

本表格可提交至会员卡上的地址或传真号码。