

Formulaire Standard de l'État de New York pour Désigner un représentant pour Aider avec les Autorisations, les Plaintes, les Grieffs et les Appels relatifs à l'Assurance Maladie*

Ce formulaire peut être envoyé à l'adresse ou au numéro de télécopie figurant sur votre carte d'identification de membre.

SECTION 1: RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE ET LA DEMANDE			
Nom de Membre:		Date de Naissance:	
Adresse:			
Ville:		État:	Code Postal:
Téléphone Résidentiel:		Téléphone Cellulaire:	
Email (facultatif):			
Nom de l'Assureur:		ID de Membre:	
# de Réclamation (le cas échéant):		# de Groupe (le cas échéant):	
Description de la Réclamation /des Services/des Articles Refusés ou à Demander:			
SECTION 2: REPRÉSENTANT AUTORISÉ DÉSIGNÉ			
Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), désigne la ou les personnes ou l'organisation identifiées ci-dessous comme mon représentant autorisé pour m'aider à déposer une demande d'autorisation préalable, une plainte, un grief ou un appel auprès de mon assureur, et pour demander et recevoir des informations relatives à la demande d'autorisation préalable, à la plainte, au grief ou au recours pour la réclamation, les services ou les articles décrits ci-dessus.			
Nom (s):		Organisation:	
Adresse:			
Ville:	État:	Code Postal:	Téléphone:
Lien avec le Membre (le cas échéant):		Email:	
SECTION 3: DATE DE FIN DE L'AUTORISATION			
Cette Autorisation prend fin le ____ / ____ / ____ (mois/jour/année) OU à la suite de l'événement suivant:			
<i>Je comprends que si je n'indique pas de date de fin ou d'événement, cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je l'annule par écrit, jusqu'à la résolution de la demande d'autorisation préalable, de la plainte, du grief ou de l'appel, ou jusqu'à 24 mois à compter de la date à laquelle j'ai signé ce formulaire, selon ce qui se produit en premier.</i>			

SECTION 4: CONDITIONS DE L'AUTORISATION

Je comprends que:

- Cette autorisation est volontaire.
- Mon assureur ne conditionnera pas mon inscription, mon éligibilité ou le paiement d'une réclamation pour prestations de santé à la fourniture de cette autorisation.
- Mes informations médicales peuvent faire l'objet d'une nouvelle divulgation par mon représentant désigné et, si ce dernier n'est pas un prestataire de soins de santé, les informations peuvent ne plus être protégées par les lois et réglementations fédérales ou étatiques sur la confidentialité.
- J'ai le droit d'annuler cette autorisation à tout moment, et l'annulation doit se faire par écrit. (Envoyez une notification écrite à l'adresse ou au numéro de fax figurant sur votre carte d'identité ou spécifié par votre assureur).
- Toute annulation prendra effet dès que mon assureur aura reçu ma notification écrite d'annulation. Je comprends que l'annulation n'affectera pas les mesures prises par mon assureur sur la base de l'autorisation avant la réception de ma notification écrite d'annulation.

SECTION 5: SIGNATURE

Signature:

Date:

Nom en caractères d'imprimerie:

Lien avec le membre (si le membre ne signe pas):

Si vous signez en tant que mandataire, tuteur légal ou autre représentant légal, joignez à ce formulaire une copie du document attestant de votre autorisation légale.

* **L'Assurance Maladie** comprend une assurance maladie complète, une assurance vision et une assurance dentaire.

Important:

- Ce formulaire peut être utilisé par les inscrits bénéficiant d'une couverture de Soins Gérés de Medicaid, Essential Plan et Child Health Plus. Il n'est PAS destiné aux membres bénéficiant d'une autre couverture Medicaid ou Medicare. Contactez votre assureur/plan de santé pour obtenir un formulaire pour cette couverture, si nécessaire.
- Ce formulaire peut ne pas être suffisant pour divulguer certaines informations sensibles sur la santé qui sont protégées par la législation de l'État ou fédérale. Votre assureur peut vous demander de remplir une autorisation distincte pour divulguer des informations sensibles, telles que des informations sur la santé mentale, les troubles liés à l'utilisation de substances ou le VIH/SIDA.
- Si vous avez déposé un appel interne et qu'il a été refusé par votre assureur, vous pouvez avoir droit à un recours externe. Vous pouvez nommer une personne désignée pour déposer votre appel externe. N'utilisez PAS ce formulaire pour désigner une personne chargée d'introduire un appel externe. Vous trouverez des informations sur l'introduction d'un appel externe à l'adresse suivante: www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal

Ce formulaire peut être envoyé à l'adresse ou au numéro de télécopie figurant sur votre carte d'identification de membre.