

**Modulo standard dello Stato di New York per la designazione di un rappresentante per l'assistenza alle autorizzazioni, ai reclami, alle lamentele e ai ricorsi dell'assicurazione sanitaria\*.**

Il modulo può essere presentato all'indirizzo o al numero di fax riportato sulla tessera associativa.

<b>SEZIONE 1: INFORMAZIONI SUL MEMBRO E SULLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO</b>			
<b>Nome del membro:</b>		<b>Data di nascita:</b>	
<b>Indirizzo:</b>			
<b>Città:</b>		<b>Stato:</b>	<b>Codice postale:</b>
<b>Telefono di casa:</b>		<b>Telefono cellulare:</b>	
<b>Email (facoltativa):</b>			
<b>Nome dell'assicuratore::</b>		<b>ID membro:</b>	
<b>Numero di richiesta di risarcimento (se applicabile):</b>		<b>Numero del gruppo (se presente):</b>	
<b>Descrizione della richiesta/servizi/articoli negati o da richiedere:</b>			
<b>SEZIONE 2: RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DESIGNATO</b>			
Io, _____ (stampate il nome), designo la persona o le persone o l'organizzazione di seguito indicate come mio rappresentante autorizzato ad aiutarmi a presentare e assistere una richiesta di pre-autorizzazione, un reclamo, una lamentela o un ricorso al mio assicuratore, e a richiedere e ricevere informazioni relative alla richiesta di pre-autorizzazione, al reclamo, alla lamentela o al ricorso per la richiesta di risarcimento, i servizi o gli articoli sopra descritti.			
<b>Nome(i):</b>		<b>Organizzazione:</b>	
<b>Indirizzo:</b>			
<b>Città:</b>	<b>Stato:</b>	<b>Codice postale:</b>	<b>Telefono:</b>
<b>Rapporto con il membro (se presente):</b>		<b>Email:</b>	
<b>SEZIONE 3: DATA DI SCADENZA DELL'AUTORIZZAZIONE</b>			
<i>Sono consapevole che se non includo una data di scadenza o un evento, questa autorizzazione rimarrà in vigore fino a quando non la annullerò per iscritto, fino alla risoluzione della richiesta di pre-autorizzazione, del reclamo, della lamentela o dell'appello, oppure fino a 24 mesi dalla data in cui ho firmato questo modulo, a seconda di quale delle due condizioni si verifichi per prima.</i>			

## SEZIONE 4: CONDIZIONI DI AUTORIZZAZIONE

### Sono consapevole che:

- La presente autorizzazione è volontaria.
- Il mio assicuratore non condiziona l'iscrizione, l'idoneità o il pagamento di una richiesta di prestazioni sanitarie alla fornitura della presente autorizzazione.
- Le mie informazioni sanitarie possono essere soggette a redistribuzione da parte del mio rappresentante designato e, se quest'ultimo non è un operatore sanitario, le informazioni potrebbero non essere più protette dalle leggi e dai regolamenti federali o statali sulla privacy.
- Ho il diritto di cancellare questa autorizzazione in qualsiasi momento e che la cancellazione deve avvenire per iscritto. (Inviare la comunicazione scritta all'indirizzo o al numero di fax riportato sulla carta d'identità o indicato dall'assicuratore).
- Qualsiasi annullamento avrà effetto dal momento in cui il mio assicuratore riceverà la mia comunicazione scritta di annullamento. Sono consapevole che l'annullamento non influirà su eventuali azioni intraprese dal mio assicuratore in base all'autorizzazione prima di ricevere la mia comunicazione scritta di annullamento.

## SEZIONE 5: FIRMA

**Firma:**

**Data:**

**Stampate il nome:**

**Rapporto con il membro (se il membro non firma):**

Se si firma in qualità di procuratore, tutore legale o altro rappresentante legale, allegare al presente modulo una copia della documentazione relativa all'autorizzazione legale.

\* **L'assicurazione sanitaria** comprende un'assicurazione sanitaria completa, un'assicurazione per la vista e un'assicurazione dentistica.

Importante:

- Questo modulo può essere utilizzato dagli iscritti con copertura Medicaid Managed Care, Essential Plan e Child Health Plus. Questo modulo NON è destinato agli iscritti con altre coperture Medicaid o Medicare. Contattate il proprio assicuratore/piano sanitario per ottenere un modulo per tale copertura, se necessario.
- Questo modulo potrebbe non essere sufficiente per rilasciare alcune informazioni sanitarie sensibili protette da leggi statali o federali. Il vostro assicuratore potrebbe chiedervi di compilare un'autorizzazione separata per il rilascio di informazioni sensibili, come quelle relative alla salute mentale, ai disturbi da uso di sostanze o all'HIV/AIDS.
- Se avete presentato un ricorso interno che è stato rifiutato dall'assicuratore, potete avere il diritto di presentare un ricorso esterno. È possibile nominare un incaricato per la presentazione del ricorso esterno. NON utilizzare questo modulo per nominare un incaricato per la presentazione di un ricorso esterno. Le informazioni sulla presentazione di un ricorso esterno sono disponibili all'indirizzo [www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal](http://www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal)

**Il modulo può essere presentato** all'indirizzo o al numero di fax riportato sulla tessera associativa.