

건강 보험\* 승인, 불만, 고충 및 이의 제기를 지원할  
대리인 지정을 위한 뉴욕주 표준 양식

이 양식은 귀하의 회원 ID 카드에 기재된 주소 또는 팩스 번호로 제출될 수 있습니다.

섹션 1: 회원 및 청구 정보			
회원 이름:		생년월일:	
주소:			
도시:		주:	우편 번호:
주택 전화:		휴대 전화:	
이메일 (선택 사항):			
보험사 이름:		회원 ID:	
청구 번호 (해당하는 경우):		그룹 번호 (있는 경우):	
거부되었거나 요청하는 청구/서비스/항목에 대한 설명:			
섹션 2: 지정 대리인			
나, _____ (이름을 정자로 기입)는 보험사에 사전 승인 요청, 불만, 고충 또는 이의 제기에 도움을 주고, 위에 설명된 청구, 서비스 또는 항목에 대한 사전 승인 요청, 불만, 고충 또는 이의 제기에 관련된 정보를 요청하고 받을 수 있도록 아래에 명시된 사람(들) 또는 조직을 본인의 승인된 대리인으로 지정합니다.			
이름:		조직:	
주소:			
도시:	주:	우편 번호:	전화:
회원과의 관계 (있는 경우):		이메일:	
섹션 3: 승인 종료일			
이 승인 / _____ (의/이/ها) 또는 _____ 가 이 사안에 종료됩니다.			
종료일 또는 특정 상황을 정하지 않은 경우, 서면으로 취소하거나 사전 승인 요청, 불만, 고충이나 이의 제기가 해결될 때까지 또는 이 양식에 서명한 날로부터 24개월 중 먼저 발생하는 시점까지 본 승인이 유효하다는 것을 이해합니다.			

#### 섹션 4: 승인 조건

나는 다음과 같은 사실을 이해합니다:

- 이 승인은 자발적입니다.
- 본인의 보험사는 가입, 자격 또는 건강 보험 혜택 청구 지급에 대해 본 승인 양식 제공을 조건으로 하지 않습니다.
- 본인의 건강 정보는 본인이 지정한 대리인에 의해 재공개될 수 있으며, 본인이 지정한 대리인이 의료 서비스 제공자가 아닌 경우 해당 정보는 더 이상 연방 또는 주 개인정보 보호법 및 규정에 의해 보호되지 않을 수 있습니다.
- 본인은 언제든지 이 승인을 취소할 권리가 있으며, 취소는 서면으로 이루어져야 합니다. (귀하의 ID 카드에 기재된 주소나 팩스 번호 또는 보험사가 지정한 주소로 서면 통지서를 보내십시오.)
- 모든 취소는 보험사가 취소 서면 통지를 받는 즉시 효력이 발생합니다. 본인은 취소가 서면 취소 통지를 받기 전에 보험사가 승인에 의존하여 취한 조치에는 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

#### 섹션 5: 서명

서명:

날짜:

이름 (정자로 기입):

회원과의 관계 (회원이 서명하지 않는 경우):

위임장, 법적 보호자 또는 기타 법적 대리인 자격으로 서명하는 경우, 이 양식과 함께 법적 승인 서류 사본을 제공하십시오.

\* 건강 보험에는 종합 건강 보험, 안과 보험, 치과 보험이 포함됩니다.

#### 중요:

- 이 양식은 메디케이드 관리 의료, Essential Plan 및 Child Health Plus 보험에 가입한 등록자가 사용할 수 있습니다. 이 양식은 다른 메디케이드 보장 또는 메디케어를 갖고 있는 회원이 사용하기 위한 것이 아닙니다. 필요한 경우 해당 보험에 대한 양식을 얻으려면 보험사/의료보험에 문의 바랍니다.
- 이 양식만으로는 주 또는 연방법에 의해 보호되는 특정 민감 건강 정보를 공개하는 데 충분하지 않을 수 있습니다. 보험사는 정신 건강, 약물 사용 장애 또는 HIV/AIDS 정보와 같은 민감 정보를 공개하기 위해 별도의 승인서를 작성하도록 요청할 수 있습니다.
- 내부적으로 이의를 제기했지만 보험사가 이를 거부한 경우, 귀하는 외부 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하는 외부 이의를 제기할 대리인을 지정할 수 있습니다. 외부 이의 제기를 위한 대리인 지정을 위해 이 양식을 사용하지 마십시오. 외부 이의 제기에 대한 정보는 [www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal](http://www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal)에서 확인할 수 있습니다.

이 양식은 귀하의 회원 ID 카드에 기재된 주소 또는 팩스 번호로 제출될 수 있습니다.