

**Стандартная форма штата Нью-Йорк для назначения представителя
для помощи в получении разрешений, жалоб, претензий и апелляций по вопросам
медицинского страхования***

Эту форму можно отправить по адресу или факсу, указанному на вашей идентификационной карточке участника.

РАЗДЕЛ 1: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ И ЗАЯВКЕ			
Имя участника:		Дата рождения:	
Адрес:			
Город:		Штат:	Почтовый индекс:
Домашний телефон:		Сотовый телефон:	
Электронная почта (необязательно):			
Наименование страховщика:		Ид. № участника:	
Заявка № (если применимо):		Группа № (если применимо):	
Описание запроса/услуг/пунктов, в которых отказано или которые необходимо запросить:			
РАЗДЕЛ 2: НАЗНАЧЕННЫЙ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ			
<p>Я, _____ (имя печатными буквами), назначаю лицо/лиц или организацию, указанных ниже, своим уполномоченным представителем для оказания мне содействия в подаче запроса о предварительном разрешении, жалобы, претензии или апелляции в мою страховую компанию, а также для запроса и получения информации, связанной с запросом о предварительном разрешении, жалобой, претензией или апелляцией по заявлению, услугам или пунктам, описанным выше.</p>			
Имя (имена):		Организация:	
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Телефон:
Отношение к участнику (если таковое имеется):		Электронная почта:	
РАЗДЕЛ 3: ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ			
<p>Данные полномочия заканчиваются / / (месяц/день/год) ИЛИ после следующего события:</p>			
<p><i>Я понимаю, что если я не укажу дату окончания или событие, данные полномочия будут действовать до тех пор, пока я не отменю их в письменном виде, до момента разрешения вопросов, указанных в запросе на предварительное разрешение, жалобы, претензии или апелляцию или в течение 24 месяцев с даты подписания этой формы, в зависимости от того, что произойдет раньше.</i></p>			

РАЗДЕЛ 4: УСЛОВИЯ ПОЛНОМОЧИЙ

Я понимаю, что:

- Данные полномочия даются добровольно.
- Мой страховщик не будет обуславливать мою регистрацию, соответствие требованиям или выплату страхового возмещения в связи с предоставлением мною данных полномочий.
- Моя медицинская информация может быть повторно раскрыта моим назначенным представителем, и если мой назначенный представитель не является поставщиком медицинских услуг, информация может быть не защищена федеральными законами и нормативными актами штата о конфиденциальности.
- Я имею право аннулировать эти полномочия в любое время, что должно быть оформлено в письменной форме. (Отправьте письменное уведомление по адресу или номеру факса, указанному в вашем удостоверении личности или указанному вашим страховщиком.)
- Любая отмена вступит в силу, как только мой страховщик получит мое письменное уведомление об отмене. Я понимаю, что отмена не повлияет на какие-либо действия, предпринятые моим страховщиком на основании предоставленных полномочий до получения моего письменного уведомления об отмене.

РАЗДЕЛ 5: ПОДПИСЬ

Подпись:

Дата:

Имя печатными буквами:

Отношение к участнику (если участник не подписывается):

Если вы подписываетесь в качестве доверенного лица, законного опекуна или другого законного представителя, предоставьте копию документа, подтверждающего ваши законные полномочия, вместе с этой формой.

* **Медицинское страхование** включает в себя комплексное медицинское страхование, страхование зрения и стоматологическое страхование.

Важно:

- Данная форма может быть использована лицами, получающими страховку Medicaid managed care, Essential Plan и Child Health Plus. Данная форма не предназначена для использования участниками, имеющими другую страховку Medicaid или Medicare. Обратитесь к своему страховщику/ в программу медицинского страхования, чтобы получить форму для этого покрытия, если требуется.
- Данной формы может быть недостаточно для передачи определенной конфиденциальной медицинской информации, которая защищена законодательством штата или федеральным законодательством. Ваш страховщик может попросить вас заполнить отдельное разрешение, дающее полномочия, на разглашение конфиденциальной информации, такой как информация о психическом здоровье, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, или информации о ВИЧ/СПИДе.
- Если вы подали внутреннюю апелляцию и ваш страховщик отклонил ее, у вас может быть право на внешнюю апелляцию. Вы можете назначить уполномоченное лицо для подачи внешней апелляции. НЕ используйте данную форму для назначения уполномоченного лица для подачи внешней апелляции. Информацию о подаче внешней апелляции можно найти по ссылке www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal

Эту форму можно отправить по адресу или факсу, указанному на вашей идентификационной карточке участника.