

## فرم انتصاب نماینده مجاز (AOR)

اعضای Alameda Alliance for Health (Alliance) حق دارند به یک دوست، یکی از اعضای خانواده یا شخص دیگری اجازه (دسترس) دهند تا به برخی اطلاعات پزشکی مربوط به آنها دسترسی داشته باشد. برای استفاده از این حق عضو، لطفاً از این فرم برای تعیین یک فرد به عنوان نماینده مجاز عضو Alliance استفاده کنید.

### دستورالعمل‌ها

1. لطفاً همه قسمت‌های زیر را خوانا با حروف چاپی بنویسید یا تایپ کنید.
2. فرم تکمیل شده را به صورت حضوری، از طریق پست، فکس یا ایمیل ارسال کنید.

برای اعضای Alliance Group Care و Medi-Cal:

حضوری/از طریق پست:

Member Services Department  
Alameda Alliance for Health  
1240 South Loop Road  
94502 Alameda, CA

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: [memberservices@alamedaalliance.org](mailto:memberservices@alamedaalliance.org)

برای اعضای Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

حضوری/از طریق پست:

Alameda Alliance Wellness Member Service Department  
Alameda Alliance Wellness  
1240 South Loop Road  
94502 Alameda, CA

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: [DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org](mailto:DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org)

### بخش 1: اطلاعات عضو Alliance

#### درباره خود به ما بگویید

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_

شماره شناسایی عضو (Alliance Group Care یا Alliance یا Medi-Cal، یا Alameda Alliance Wellness): \_\_\_\_\_

شماره شناسه Medi-Cal (در صورت واجد شرایط بودن و در صورت اطلاع از آن): \_\_\_\_\_

شماره شناسه Medicare (در صورت واجد شرایط بودن و در صورت اطلاع از آن): \_\_\_\_\_

نشانی: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: \_\_\_\_\_ ☐ منزل ☐ همراه

**بخش 2: اطلاعات نماینده مجاز****درباره نماینده خود به ما بگویید**

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_  
نسبت با عضو: \_\_\_\_\_  
نشانی: \_\_\_\_\_  
شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_  
شماره تلفن: \_\_\_\_\_ منزل ☐ همراه ☐

**بخش 3: وظایف نماینده مجاز**

این انتصاب به نماینده مجاز اجازه می‌دهد از طرف عضو برای خدمات زیر در Alliance اقدام کند:

- تغییر پزشک/گروه پزشکی من
- ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر
- سفارش کارت شناسایی عضویت جدید Alliance
- صحبت با Alliance برای کمک در هماهنگی مراقبت‌های پزشکی عضو
- اختیار اقدام در امور مربوط به داروهای تجویزی (بخش D)

**بخش 4: مجوز برای اطلاعات حساس (اختیاری)**

این انتصاب همچنین شامل اختیار اقدام در مورد اطلاعات مربوط به مراقبت‌های من برای خدمات حساس است که ممکن است شامل سلامت روان، سلامت باروری، درمان مصرف مواد، مراقبت تأییدکننده جنسیت یا سایر دسته‌های اطلاعاتی محافظت‌شده باشد. می‌دانم که این مجوز اختیاری است و در هر زمان قابل لغو است.

- ☐ **بله**، به نماینده خود اجازه می‌دهم در امور مربوط به اطلاعات حساس اقدام کند.
- ☐ **خیر**، به نماینده خود اجازه نمی‌دهم در امور مربوط به اطلاعات حساس اقدام کند.

### بخش 5: پذیرش نماینده مجاز

#### بخوانید و امضا کنید

این فرم را خوانده‌ام و می‌دانم که:

- انتصاب یک نماینده از تاریخ ارائه این فرم به مدت یک (1) سال معتبر است. عضو Alliance هر لحظه می‌تواند این انتصاب را متوقف سازد و شخص/اشخاص دیگری را به‌عنوان نماینده مجاز خود تعیین کند.
  - به‌جز خدمات Alliance که در بخش 3 و بخش 4 ذکر شده‌اند، هیچ اختیار دیگری برای اقدام از طرف عضو ندارم.
  - نمی‌توانم انتصاب خودم را منتقل یا واگذار کنم.
  - می‌توانم در هر زمان با ارسال درخواست کتبی به Alliance این انتصاب را متوقف (لغو) کنم.
  - موافقت می‌کنم تمام قوانین ایالتی و فدرال حاکم بر نمایندگان مجاز را رعایت کنم. از جمله، اما نه محدود به، قوانین مربوط به محرمانگی اطلاعات، مقررات منع واگذاری مجدد مطالبات ارائه‌دهندگان و تعارض منافع.
  - صرف‌نظر کردن از حق دریافت هزینه برای نمایندگی (فقط برای ارائه‌دهندگان): ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگانی که اقلام یا خدمات را تحت AOR ارائه کرده‌اند، مجاز به دریافت هزینه برای نمایندگی نیستند و با امضا، رسماً از هرگونه حق دریافت چنین هزینه‌ای صرف‌نظر می‌کنند.
    - موافقت می‌کنم از عضو یا هر فرد دیگر هزینه‌ای برای نمایندگی از آن‌ها در این موضوع درخواست نکنم.
- نام نماینده/سازمان:

شناسه ملی ارائه‌دهنده (National Provider Identifier, NPI) (در صورت ارائه‌دهنده خدمات بودن):

- صرف‌نظر از پرداخت برای درخواست‌های تجدیدنظر طبق § 1879 (a)(2): فقط در صورتی الزامی است که شما ارائه‌دهنده یا تأمین‌کننده‌ای باشید که خدمات مورد تجدیدنظر را ارائه کرده‌اید.
    - موافقت می‌کنم اگر تصمیم گرفته شود که Medicare نباید طبق § 1879 (a)(2) پرداختی داشته باشد، برای اقلام یا خدمات موردنظر، از Medicare یا عضو درخواست پرداخت نکنم.
- نام نماینده/سازمان:

شناسه ملی ارائه‌دهنده (National Provider Identifier, NPI) (در صورت ارائه‌دهنده خدمات بودن):

با امضای زیر، بدین وسیله این انتصاب را می‌پذیرم.

امضای نماینده مجاز: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

## بخش 6: هدف و حقوق عضو

## بخوانید و امضا کنید

این فرم را خوانده‌ام و می‌دانم که:

- با تکمیل این فرم انتصاب، موافقت می‌کنم نماینده مجاز من برای خدمات ذکر شده در بخش 3 و بخش 4 از طرف من اقدام کند.
- با داشتن نماینده مجاز، حقوق و مسئولیت‌های من به‌عنوان عضو Alliance تغییر نمی‌کنند.
- می‌دانم که پس از افشای اطلاعات بر اساس این مجوز، ممکن است دریافت‌کننده دوباره آنها را افشا کند و ممکن است این اطلاعات دیگر تحت مقررات فدرال یا ایالتی مربوط به حریم خصوصی محافظت نشوند.
- می‌دانم که می‌توانم در هر زمان با ارسال درخواست کتبی به Alliance به‌صورت حضوری، از طریق پست، فکس یا ایمیل، این انتصاب را لغو کنم.

برای اعضای Alliance Group Care و Medi-Cal:

حضوری/از طریق پست:

خطاب به: Member Services Department

Alameda Alliance for Health

1240 South Loop Road

94502 Alameda, CA

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: [memberservices@alamedaalliance.org](mailto:memberservices@alamedaalliance.org)

برای اعضای Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

حضوری/از طریق پست:

خطاب به: Alameda Alliance Wellness Member Service Department

Alameda Alliance Wellness

1240 South Loop Road

94502 Alameda, CA

فکس: 1.877.747.4504

ایمیل: [DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org](mailto:DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org)

با امضای زیر، بدین‌وسیله این انتصاب را مجاز اعلام می‌کنم که از تاریخ امضا معتبر است.

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

نسبت، در صورت امضا از طرف عضو:

اگر از طرف عضو امضا می‌کنید، باید همراه این فرم مدارکی ارائه دهید که به شما اجازه می‌دهد نماینده شخصی عضو باشید. (برای مثال، وکالت‌نامه مراقبت‌های سلامت، حکم سرپرستی قانونی و غیره.)