

「 ㄗ

「 ㄗ

「 ㄗ

この欄は群の記入のみ:

通知日: _____

ケース番号: _____

労働者氏名: _____

労働者 ID 番号: _____

「 ㄗ

労働者 電話番号: _____

営業時間: _____

営業所の住所: _____

認可代理人任命通知書

この書類は申請者、受益者さらに最近任命された認可代理人の通知書であり、申請者/受益者であるに適應するものとする。

この通知を受けた理由は以下の通りである:

- Medi-Cal の認可代理人を任命した **あるいは**
- Medi-Cal の認可代理人として任命された

認定代理人の役割

申請者/受益者は、Medi-Cal の適性および登録に関する全て、または一部の職務を支援する為、個人または組織を認定代理人として任命し、通知およびその他メールのコピーを認可代理人へ送信するかどうかを選択することとする。そして認可代理人は、以下を行うまで業務を支援する

- 申請者/受益者または認可代理人自身による取消 **あるいは**
- 拒否または打切り後の 90 日間 (いずれかの当事者による取消でない限り)

申請者/受益者

この通知には、“認可代理人の任命”フォーム(MC 382)が添付されており、ここには認可代理人に付与した職務が記載されている。また、フォームのパート C には通知のコピーと、該当する場合は認定代理人に送るよう依頼したその他のメールがリストされている。

郡の連絡先はこの通知書上部に記載されています。もし以下のような場合はお問い合わせください：

- 認定代理人の職務を変更する。
- 認可代理人に送信する通知またはその他のメールを変更する
- 認可代理人の任命を取消す。

認定代理人

認可代理人としての任命を受け入れ、以下に同意する：

- 認可代理人として全ての州法および連邦法に従う旨（これには情報の機密に関する法律や供給者申立による再割り当ての禁止、および利益相反等が含まれる）
- もし医療提供者の請負業者や従業員である場合は、申請者/受益者に代わって行動する前に書面による開示を示す必要があり、以下に含まれるべき内容を記す
 - 医療提供者または施設との雇用または契約の証明
 - 潜在的な利益相反について
- 群事務所に通知することにより、いつでも認可代理人であることを取消すことが可能

組織のみ: 組織を代表して行動する者は、署名された認可代理人標準契約書 フォーム (MC 383) を群事務所に提出する必要があり、この書類が必要な場合は事務所に連絡すること。

Medi-Cal の権利とその責任に関して詳細が必要な場合は、この通知書添付されている MC 219 「Medi-Cal を必要とする人への重要情報」をお読みください。

この通知書に記載されている責務に同意しない場合や、認可代理人になりたくない場合は群事務所までご連絡ください。