Formulario de Autorización de Privacidad y Confidencialidad

Al completar este formulario, usted está proporcionando su consentimiento a IMG para compartir sus actividades de reclamos con la persona(s) que aparece(n) a continuación. Sin este formulario de autorización, IMG no puede compartir su actividad de reclamo con alguien que no sea médico(s) o proveedor(es) de servicios médicos.

Autorizo a IMG compartir mi actividad de reclamo con: _____

Esta autorización es válida por _____ meses a partir de la fecha de mi firma.

Por favor seleccione e iniciales:

☐ _____ Toda la información de financiera y reclamo relacionado con facturas de gastos médicos o con el Formulario de Reclamo del Plan de Beneficios Médicos

☐ _____ Nombre del proveedor, fecha de servicio, carga total, total pagado, fecha de pago.

☐ _____ Número de identificación del miembro de su tarjeta IMG (Member ID), NSPID (emitido por AmeriCorps), y / o número de seguro social

Bajo ningunas circunstancias puede IMG divulgar información médica obtenida de su médico o proveedor de servicio a usted o cualquier persona. Su información médica se ha revelado a nosotros por su médico o proveedor de servicio y estamos prohibidos por la ley federal divulgarla. Por favor, contáctese con su médico o proveedor de servicio para su información médica.

_____ Nombre del Miembro en letra de Molde

_____ Fecha de nacimiento

_____ Número de identificación del miembro de IMG

_____ Firma del Miembro

_____ Fecha

Favor de proporcionar su dirección postal actual:

_____ Calle

_____ Ciudad, Estado

_____ Código Postal

Envíe este formulario a:

AmeriCorps NCCC Departamento de Reclamos
International Medical Group
P.O Box 21605, Eagan, MN 55121
Fax: 1-855-851-2971
Correo electrónico: NCCCcare@imglobal.com

Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímile. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.