



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 88506
Indianapolis, IN 46208
Fax: 1-855-851-2971
Correo electrónico: NCCCcare@imglobal.com