

Autorización para divulgar datos de salud

Notificación al Miembro:

El rellenar este formulario dejaría al plan compartir sus datos de salud con la persona o el grupo que determine usted.

- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso para compartir sus datos de salud. No cambiarán sus servicios y sus beneficios si no firma este formulario.
- Derecho a anular (revocar): Si usted desea anular este formulario de autorización, rellene el Formulario de Revocación y envíenoslo a la dirección indicada al fondo de la página.
- Ambetter asegurado por Celtic no puede prometer que la persona o el grupo determinado por usted no comparta sus datos con nadie más.
- Retenga una copia de todos los formularios rellenos que usted nos envía. El plan puede enviarle copias en caso de que los necesite.

Rellene todos los datos que se solicitan en este formulario. Cuando ha terminado, envíelo a la siguiente dirección:

IlliniCare Health
Compliance Department
77 W. Wacker Drive
12th floor
Chicago, IL 60601

Datos sobre el Miembro

Nombre del Miembro (escribir en letras de molde):

Fecha de nacimiento del Miembro:

Número de identificación del Miembro:

Doy permiso para compartir mis datos de salud con la persona o el grupo identificado a continuación. Esta autorización tiene el fin de ayudarme con mis beneficios y mis servicios.

Datos sobre el destinatario

Nombre (persona/grupo):

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

¿Necesita ayuda? ¿Necesita ayuda para entender alguna parte de la información indicada arriba? Si es así, favor de llamar a los Servicios para Miembros al 855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576). Usted también puede llamarnos para obtener este formulario en otro idioma. Para obtener este formulario en letra de tamaño grande o para que se lo lea en voz alta por teléfono, favor de en llamar a los Servicios para Miembros.

Autorización para divulgar datos de salud

Ambetter asegurado por Celtic puede compartir estos datos de salud (marque todas las casillas que correspondan):

- Todos mis datos de salud;
- Solamente los datos de facturación;
- Todos mis datos de salud CON EXCEPCIÓN DE:
 - Información sobre las drogas/medicamentos por receta médica;
 - Información sobre el SIDA o el VIH;
 - Información sobre los servicios de salud mental o del cuidado psiquiátrico;
 - Otro: _____

La autorización terminará a un año a partir de la fecha de la firma a menos que sea anulada o que se indique otra fecha de vencimiento a continuación.

Otra fecha de vencimiento: ____/____/_____

Firma del Miembro: _____ Fecha: ____/____/_____ (Miembro o Representante Legal, firme aquí)

Si usted está firmando en nombre del miembro, describa su parentesco abajo. Si usted es el delegado personal del miembro, indíquelo abajo y envíenos copias de estos formularios (tales como la carta poder o la orden de tutela).

En caso de tener preguntas o si necesita ayuda para entender este formulario, o si necesita obtenerlo en otro idioma o formato, por favor comuníquese con:

Servicios para Miembros

Teléfono: 855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576)

Facsímile: 855-519-5699

Nota: No se acepta este formulario para el consumo abusivo de alcohol o de sustancias. Por favor, comuníquese con los Servicios para Miembros al 855-745-5507 si necesita más información sobre esto.

¿Necesita ayuda? ¿Necesita ayuda para entender alguna parte de la información indicada arriba? Si es así, favor de llamar a los Servicios para Miembros al 855-745-5507 (TDD/TTY: 866-565-8576). Usted también puede llamarnos para obtener este formulario en otro idioma. Para obtener este formulario en letra de tamaño grande o para que se lo lea en voz alta por teléfono, favor de en llamar a los Servicios para Miembros.