

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Los usos y divulgaciones de su información de salud protegida que no estén descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad ni en las leyes aplicables al Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (los "Planes") se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si desea que los Planes divulguen su información médica protegida de una manera o a una persona no descrita de otra manera en el Aviso de prácticas de privacidad o las leyes que se aplican a los Planes, proporcione la información solicitada a continuación, firme esta Solicitud y envíela a Servicios para Miembros de lunes a viernes en el horario de 8:00 a.m. y 5:00 p.m. CST a nmmip_eligibility@90degreebenefits.com. Como alternativa, puede enviar esta autorización por correo postal de los Estados Unidos, con franqueo prepago, dirigida a: Enrollment Services, New Mexico Medical Insurance Pool, PO Box 780548, San Antonio, TX 78278, o enviarla por fax a Servicios para Miembros al (210) 239-8449.

Información individual. Proporcione la siguiente información:

Nombre: _____; Fecha de nacimiento: ___/___/____.
 Número de identificación de miembro/Número de Seguro Social: _____; Número de teléfono: _____;
 Dirección: _____.

Identificación de la información a la que se aplica esta autorización. Por la presente solicito a los Planes que divulguen la información médica protegida que se especifica a continuación (marque una o más):

- Registro completo. Registro completo para el período ___/___/___ a ___/___/____.
 Información de inscripción. Información sobre el pago de primas/contribuciones.
 Información de reclamos y facturación relacionada con el siguiente servicio o reclamo (especifique la fecha del servicio o afección médica): _____

Otros (especifique): _____

Identificación de personas/organizaciones a las que se aplica esta autorización. Por la presente solicito que se permita a las siguientes personas u organizaciones usar o recibir la información médica protegida especificada anteriormente: _____.

Fecha de vencimiento de la autorización. Esta Autorización permanecerá vigente hasta 12 meses después de la terminación de los beneficios de conformidad con el plan de salud a menos que usted especifique un período diferente o revoque la autorización. _____

Sus derechos. Al firmar y enviar esta Autorización, usted reconoce las siguientes declaraciones sobre sus derechos: (1) Esta autorización es voluntaria y no está obligado a firmarla. (2) No está obligado a firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica en virtud de los Planes. (3) Puede revocar esta autorización en cualquier momento antes de su fecha de vencimiento notificando por escrito a los Planes; sin embargo, la revocación no tendrá efecto sobre las acciones que los Planes hayan realizado antes de recibir su revocación. (4) Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida cubierta por esta autorización. (5) La información que se utilizará o divulgará en virtud de esta autorización puede ser compartida por las personas u organizaciones autorizadas por usted para recibir dicha información. (6) Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Su revocación de esta Autorización debe hacerse por escrito y debe estar firmada por usted.

 Firma

 Fecha

 Nombre en letra de imprenta

Nota: Esta solicitud debe estar acompañada de una identificación con fotografía (por ejemplo, licencia de conducir válida, pasaporte u otra identificación con fotografía emitida por una agencia gubernamental). Si este formulario es firmado y presentado por una persona distinta a la identificada anteriormente, el Plan requerirá la verificación de la autoridad de la persona que firma en nombre de la persona antes de que esta solicitud se considere completa.