

Autorización de Liberar Información de Salud

IMPORTANTE: Por favor devuelva con una fotocopia de su foto publicada por gobierno ID para la verificación de la firma

Información de Tenedor de póliza

Apellido _____ Primero _____ Suscriptor ID#(en carnet de identidad) _____
Calle Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de teléfono (_____) _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Entiendo la información siguiente:

1. Una vez que SelectHealth libera la información según esta Autorización, SelectHealth no puede garantizar que esta información no será liberada de nuevo a un tercero o que esta información será protegida según la ley federal y estatal que gobierna el uso y la revelación de la información de salud identificable;
2. Esta Autorización permanecerá en vigor hasta que esto expire o hasta que yo proporcione un aviso escrito de la revocación a SelectHealth;
3. Puedo rechazar firmar o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por cualquier razón, excepto al grado que SelectHealth ha hecho ya revelaciones en la confianza en esta Autorización; y
4. Mientras SelectHealth no condiciona el comienzo, la continuación, o la calidad de seguro médico, dirección de cuidado, y otros servicios que esto me proporciona en mi firma y no revocar esta Autorización, mi rechazo firmar o revocación de esta Autorización puede limitar la capacidad de SelectHealth de proporcionarme tales servicios.

En el entendimiento del susodicho, consiento en permitir que SelectHealth liberara mi información como descrito en esta Autorización. Si tengo preguntas sobre tales revelaciones, puedo ponerme en contacto con SelectHealth en 801-442-5038 (área de Lago de Sal) o 800-538-5038.

El SelectHealth puede liberar la información sobre la gente siguiente en la política:

1. Apellido de Miembro	Primero	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
2. Apellido de Miembro	Primero	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
3. Apellido de Miembro	Primero	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
4. Apellido de Miembro	Primero	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
5. Apellido de Miembro	Primero	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año

Fecha de Caducidad de este Acontecimiento de Autorización _____ o Acontecimiento de Expiración _____
Si usted no da una fecha de caducidad o un acontecimiento de expiración, esta Autorización permanecerá en vigor hasta el más tarde de : 1) tres años de la fecha que la elegibilidad del miembro ha terminado; o 2) un año de la fecha de firma.

La información puede ser liberada a la persona/organización siguiente (sólo una persona/organización por forma):

Nombre de persona u organización	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
Dirección: Calle, Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono ()			

Objetivo de revelación

- Para ayuda en el pago de las reclamaciones o procesamiento Mantenga que la política se pone en contacto con la información A petición del individuo
 Para ayuda con información de prenotificación Pregunta de información de inscripción Otro _____

La información para ser liberada Control la caja (s) abajo para indicar qué información le gustaría liberado.

- La Información de Inscripción - Incluye la información sobre si un individuo es matriculado actualmente, incluso fechas de vigencia y premios pagados
- La Información de Contacto de Política - Incluye a casa el teléfono y la posición primaria para enviar materiales a miembros incluso dirección de la calle, ciudad, estado, Código postal
- La Información de Petición - Incluye la información sobre la petición, estado, cartas de decisión, y una copia de la información que es relevante a la decisión de petición
- La Información de Prenotificación - Incluye el número de días o visita autorizado, el abastecedor de servicio, el tipo del servicio, la descripción del servicio, el estado de prenotificación, e
- La Información de Pago de las Reclamaciones - Incluye lo siguiente:
 - Información de ventaja
 - Facturación de códigos
 - El estado de las reclamaciones
 - La cantidad pagó hacia el deducible anual
 - La información de diagnóstico si una reclamación fuera negada debido al código de diagnóstico o si el diagnóstico determinara el tipo de ventaja usada para el pago
 - Fecha de servicio
 - Cantidad facturada
 - Copays
 - La cantidad pagó hacia el máximo de bolsillo anual
 - Abastecedor de servicio
 - Cantidad permitida
 - Deducible
 - Descripción de servicios
 - Cantidad pagada
 - Cantidad de coaseguro

Otra Descripción

Firma de miembro o representante legal	Fecha	Mes	Día	Año
Nombre de letra	De ser firmado por representante legal, descripción de autoridades			

Se adjunta una fotocopia de su foto publicada por gobierno ID para la verificación de la firma (No está autorizado hasta que recibimos la ID.)

SELECTHEALTH USE ONLY: ATTENTION MEMBER SERVICES

Password _____
Security Question _____
Security Question Answer _____