

Intercambio de datos del pagador por interoperabilidad

Un miembro, o su representante autorizado, debe completar este formulario para solicitar que Samaritan Health Plans (SHP)/InterCommunity Health Network Coordinated Care Organization (IHN-CCO) comparta la información de salud del miembro con otro pagador.

Asegúrese de que el formulario esté completo y firmado antes de enviarlo. Si falta información, se puede cancelar su solicitud. Si se cancela, se debe enviar un formulario nuevo y completo.

Información del miembro:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Identificación del miembro: _____

Correo electrónico: _____

Nota: Las comunicaciones de seguimiento sobre esta solicitud se realizarán únicamente por correo electrónico. Si no proporciona una dirección de correo electrónico, no se procesará este formulario.

Información del representante autorizado del miembro (si corresponde):

Para las solicitudes de intercambio de datos por interoperabilidad por un representante autorizado, SHP/IHN-CCO debe tener una relación de representante autorizado documentada en sus registros. Este formulario no crea una relación de representante autorizado.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Correo electrónico: _____

Nota: Las comunicaciones de seguimiento sobre esta solicitud se realizarán únicamente por correo electrónico. Si no proporciona una dirección de correo electrónico, no se procesará este formulario.

Información del pagador:

Permitir el intercambio electrónico de datos de la información de salud del miembro al siguiente pagador:

Nombre del pagador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico (si está disponible): _____

Sitio web del pagador (si está disponible): _____

SHP/IHN-CCO entiende que su información de salud protegida es personal y se compromete a proteger su privacidad. SHP/IHN-CCO obtiene esta autorización por escrito antes de que se divulgue su información por los motivos que se enumeran a continuación.

Puede encontrar el Aviso de prácticas de privacidad de SHP e IHN-CCO en samhealthplans.org/Notice-of-Privacy-Practices.

Derechos de los miembros:

Entiendo que mi información médica protegida puede ser consultada, intercambiada o utilizada por una aplicación de intercambio electrónico de información médica (EHIE) (o una entidad cubierta/otros pagadores).

Entiendo que tengo derecho a recibir una notificación adecuada sobre cómo el EHIE utilizará mi información médica protegida. Entiendo que tengo derecho a rechazar o cancelar esta autorización en cualquier momento.

Entiendo que negarme a firmar la autorización no afectará negativamente mi capacidad para recibir servicios de atención médica ni el reembolso de los servicios. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal. Esta autorización puede ser cancelada (revocada) en cualquier momento.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de información sobre resultados o pruebas de VIH/SIDA, información sobre salud mental, información genética y diagnósticos por el uso de drogas/ alcohol, así como información sobre tratamientos o derivaciones.

Puede encontrar más información sobre la interoperabilidad en samhealthplans.org/ThirdPartyApps o en IHNtogether.org/ThirdPartyApps.

Escriba sus iniciales para indicar que ha leído la sección “Derechos de los miembros” de este formulario.

Iniciales: _____

Se requiere una firma manuscrita en este formulario. No se aceptan firmas electrónicas.

¿Quién realiza esta solicitud? Miembro Representante autorizado del miembro

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta del solicitante: _____

Elija una opción de envío del formulario:

- Envíe por **correo electrónico** el formulario completo y firmado a HealthPlanResponse@samhealth.org.
- Envíe por **correo** el formulario completo y firmado a Samaritan Health Plans/IHN-CCO, Attn: Customer Service, PO Box 1310, Corvallis, OR 97339.

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicio al Cliente al **541-768-4550** o al **800-832-4580** (TTY **800-735-2900**), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.