

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Autorizo que IMG discuta la actividad de mis reclamos con: _____.
Esta autorización es valida por _____ meses desde la fecha firmada.

Este permiso es para que IMG revele la siguiente información:

(Seleccione y marque con iniciales)

- _____ Toda la información financiera en mis gastos médicos y Declaración del Reclamante y Autorización.
- _____ Nombre de Proveedor, fecha de servicio, gastos totales, gastos pagados y fecha.
- _____ Numero de identificación de aseguranza y/o numero de seguro social.

Bajo ninguna circunstancia puede IMG revelar su información médica obtenida de su doctor o proveedor de servicio a usted o alguien mas. Su información médica ha sido revelada a nosotros por su doctor o proveedor de servicio y estamos prohibidos por Ley Federal a revelarla. Por favor, comuníquese con su doctor o proveedor de servicio para obtener su información médica.

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Numero de Identificación de Aseguranza

Firma del Paciente o Asegurado si el paciente es menor de edad

Fecha

Envíe por correo o fax:
Claims Department
International Medical Group
P.O. Box 88500
Indianapolis, IN 46208-0500
Tel: 317-655-4500
Fax: 317-655-4505

This Spanish translation is provided as an accommodation and convenience only, and is subject in its entirety to the English version. The English version will take precedence in all matters.

La traducción al español ha sido realizada únicamente para su comodidad y conveniencia, y la misma está sujeta en su totalidad a la versión en inglés. La versión en inglés tendrá prioridad ante la versión en español en toda materia o asunto.