

Forma de Autorización de Divulgación de Información Protegida de Salud



Propósito: Una Autorización es usada cuando usted quiere dar acceso a otra persona a su información protegida de salud. Por ejemplo, una Autorización es apropiada si usted desea que una persona, que no sea usted, regularmente discuta sus reclamaciones de seguro médico con nosotros (como su hijo o su agente de seguro).

SECCIÓN A: EL INDIVIDUO AUTORIZANDO EL USO Y / O LA DIVULGACIÓN

Nombre	Número de Miembro		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento: (MES/DÍA/AÑO)	Número de Teléfono		

SECCIÓN B: LA AUTORIZACIÓN DEL USO Y / O LA DIVULGACIÓN

Por la presente autorizo al Plan de Seguro Médico divulgar la siguiente información protegida de salud:

Sumario de Reclamos Quejas Récord de Inscripción Autorización Previa Prima / Facturación

Otro (Por favor Especifique) _____

Propósito:

A mi petición Otro motivo: _____

Divulgar Información de Salud Protegida a:

Nombre del Individuo / Organización _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Fax		

SECCIÓN C: FIRMA DEL INDIVIDUO

Derecho a Rehusar a Firmar Esta Autorización: Yo entiendo que estoy bajo no obligación de firmar esta forma y que el Plan de Seguro Médico no condicionaría el tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de cuidados médicos en mi decisión de firmar esta autorización.

Derecho a Revocar Esta Autorización: Yo entiendo que una notificación por escrito es necesaria para revocar esta autorización. Para obtener información de cómo revocar mi autorización, yo podría contactar a la Oficina de Privacidad / Privacy Office (mire más abajo la información de contacto). Estoy consciente que mi revocación no se hará efectiva hasta que el Plan de Seguro Médico la haya recibido. Estoy consciente que mi revocación no afectará en las divulgaciones hechas antes del recibimiento de mi revocación.

Aviso de Redivulgación: Estoy consciente que una vez el Plan de Seguro Médico divulga mi información, esta información no estaría protegida bajo los estándares federales y estatales de privacidad y que mi información de salud puede ser redivulgada sin obtener mi información.

Expiración: Esta autorización expirará 24 meses desde el día en que fue firmada, a no ser que yo especifique aquí una fecha más temprana o evento: _____. Yo he tenido la oportunidad de revisar esta forma de autorización. Estoy consciente del contenido de esta forma de autorización. Al firmar esta forma de autorización, yo estoy confirmando que esta correctamente refleja mis deseos. Yo tengo el derecho a guardar una copia de esta forma para mis archivos.

Su Firma / La Firma de Su Representante Personal: _____

Su Nombre (letras de imprenta): _____ Fecha: _____

Si un Representante Personal ha firmado esta forma, por favor adjunte documentación apropiada verificando autoridad legal, como Custodia Legal o un Poder del Abogado para Documentos Financieros, si es aplicable.

Envíe esta forma a – Customer Service • 840 Carolina Street Sauk City, WI 53583

Fax: (608) 643-2564 • Teléfono: (800) 362-3310 • Correo electrónico: customerservice@quartzbenefits.com

Si decide enviar este formulario por correo electrónico, tenga en cuenta que muchos servicios de correo electrónico no son seguros (no están cifrados) y existe un cierto riesgo de que un tercero pueda leer o acceder a su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) mientras está en tránsito.



No Discriminación & Acceso a Lenguajes

Quartz es el nombre de la marca de un grupo de compañías comprometidas para su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation, y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales separadas. En esta notificación “nosotros” nos referimos a todas las compañías de Quartz.

Para asistencia entendiendo estos materiales en otro idioma que no sea inglés, llame al (800) 362-3310 y un representante de Servicio al Cliente lo asistirá. Usuarios TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes –

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes –

- Intérpretes capacitados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Quartz al (800) 362-3310.

Si considera que Quartz no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color,

nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona –

Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer
840 Carolina Street
Sauk City, WI 53583
Teléfono: (800) 362-3310
TTY: 711 o llamada gratuita (800) 877-8973
Fax: (608) 644-3500
Correo electrónico: AppealsSpecialists@quartzbenefits.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer, está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del portal electrónico Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación –

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Quartz en ciertos estados es un emisor Calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos. Para conocer más visite la página web del Mercado de Seguros Médicos en HealthCare.gov.

For help to translate or understand this, please call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.

Spanish – Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Quartz. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Hmong – Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm Quartz. Saib cov caij nyoog los yog tej hnub tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoog uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiab yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Vietnamese – Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bản về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Quartz. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Chinese – 本通知含有重要的訊息 本通知對於您透過 Quartz 所提出的申請或保險有重要的訊息 請在本通知中查看重要的日期 您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (800) 362-3310 : 711 / (800) 877-8973.

Russian – Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Quartz. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Laotian – ຄຳ​ຈ້າງ​ການ​ສະ​ບັບ​ນີ້​ມີ​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ສຳ​ຄັນ.

ຄຳ​ຈ້າງ​ການ​ສະ​ບັບ​ນີ້​ມີ​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ສຳ​ຄັນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ໃບ​ສະ​ຫມັກ ຫຼື ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ​ຂອງ​ທ່ານ​ຜ່ານ Quartz. ຊອກ​ຫາ​ວັນ​ທີ່​ສຳ​ຄັນ ໃນ​ຫນັງ​ສື​ຄຳ​ຈ້າງ​ການ​ສະ​ບັບ​ນີ້. ທ່ານ​ອາດ​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ຕາມ​ວອດ​ວາ ທີ່​ກຳ​ນົດ​ໄວ້​ທີ່​ແມ່ນ​ອນ​ເພື່ອ​ຮັກ​ສາ​ໄວ້​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ​ສຸຂະ​ພາບ​ຂອງ​ທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ. ທ່ານ​ມີ​ສິດ​ທີ່​ຈະ​ໄດ້​ຮັບ​ຂໍ້​ມູນ​ນີ້ ແລະ ຄວາມ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ໃນ​ພາສາ​ຂອງ​ທ່ານ​ໃດ​ໆ​ບໍ່​ເສຍ​ຄ່າ. ໂທ​ຫາ​ເບີ (800) 362 3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877 8973.

German – Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch Quartz. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Arabic – يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يتضمن هذا الإشعار معلومات هامة حول طلبك أو تغطيتك عبر Quartz. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إجراء تدابير معينة وفقاً لمواعيد معينة من أجل الحفاظ على تغطيتك الصحية أو المساعدة في التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 / (800) 362-3310.

French – Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de Quartz. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Korean – 본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Quartz을 통한 커버리지 에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하의 건강 커버리지를 계속유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. (800) 362-3310로 전화하십시오. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Tagalog – Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Quartz. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Cushite – Oroomiffa XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Amharic – ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው፡ 711 / (800) 877-8973).

Karen – ၵၢ်သ့ၵ်သး- နမာ်ကတိ၊ ကညိ် ကျိ်အဆိ၊ နမာ်န့ ကျိ်အတၢ်မၤစၢ်လၢ၊ တလၢတၢ်ဘျုးလၢတၢ်စ့၊ နီတၢ်ဘၣ်သ့ၵ်လိ၊ လိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Mon-Khmer, Cambodian – ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Serbocroatian – OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (800) 362-3310 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711 / (800) 877-8973.

Thai – หมายเหตุ: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาไทยฟรี ๓ โทษ (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Gujarati – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છે, તો ભિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Urdu – خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Greek – ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Pennsylvanian Dutch – Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit Quartz. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschimme Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kannscht, odder bezaahle helfe kannscht. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griegie, un die Hilf koschtet nix. Kannscht du (800) 362-3310 uffrufe. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Polish – To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku lub zakresu świadczeń poprzez Quartz. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby nie przekroczyć terminów w przypadku utrzymania polisy ubezpieczeniowej lub pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. Zadzwońcie pod (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Hindi – इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों को देखना न भूलें। स्वास्थ्य कवरेज जारी रखने या खर्च में मदद के लिए आपको कुछ तय तारीखों तक कार्रवाई करनी ज़रूरी है। आपके पास अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के इस जानकारी और सहायता को पाने का अधिकार है। (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें।

Albanian – Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm. Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm për aplikimin ose mbulimin tuaj nëpërmjet Quartz. Kontrolloni për data të rëndësishme në këtë njoftim. Mund t'ju duhet të ndërmerri veprim brenda afatave të caktuara për të mbajtur mbulimin tuaj shëndetësor ose për ndihmën me koston. Keni të drejtë ta merrni këtë informacion dhe ndihmë falas në gjuhën tuaj. Telefononi numrin (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Somali – FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawimada luuqada, ayaa waxaa laguugu siinayaa bilaash, waa lagu heli karaa. 1-800-362-3310 (TTY: 1-800-877-8973) bilbilaa.