INFORMACION PARA ASOCIADO/DEPENDIENTE

SOBRE LA FORMA DE AUTORIZACION ---- PLAN DE SALUD

¿QUE ES HIPAA Y EN QUE ME AFECTA?

El congreso ha pasado una ley llamada HIPAA (Acto de Contabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos) la cual restringe a quien pueda obtener acceso a cierta información de salud. La información cubierta por esta ley se llama información De Salud Protegida. De todas maneras hay ciertas ocasiones en las cual usted quiera que otros obtengan su información de salud.

Estas son las razones principales en las que HIPAA pueda afectarle:

- Si usted desea que su manejador de personal o su coordinador de entrenamiento llame al departamento de beneficios para obtener información sobre su cobertura médica, deberá darles su autorización para hablar en su nombre, al completar y enviar la forma de Autorización. Si usted se encuentra presente al momento que la persona del departamento de personal hace la llamada no tendrá que llenar la forma.
- Si ha recibido una explicación de beneficios después del 04/14/2003 Destinación de Representantes estampada en ella y no la ha objetado, asumiremos que usted desea que hablemos con su esposo(a) sobre sus beneficios. Si usted es un dependiente y no la ha objetado asumiremos que desea que hablemos con padres o tutores respecto a sus beneficios.

Si usted no está de acuerdo pro favor llame al número de servicio al cliente 800-421-1362.

- Si usted desea que algún amigo o familiar obtenga información sobre su Información de Salud Protegida, Deberá llenar la forma de Autorización la cual le dará permiso de acceso.
- No será necesario que autorice a los asociados del Plan Medico a relevar información a los Proveedores Médicos, como Hospitales y Doctores, si es para uso rutinario de tratamientos, pagos o administración de cuidados médicos.

Si desea obtener más detalles sobre HIPAA, consulte la sección en la parte de atrás de la Guía de asociados o visite la página electrónica de HIPAA.

En adición necesita saber:

- Nadie excepto usted podría completar la autorización.
- Personal de administración o de Entrenamiento no pueden llenar la forma pro ningún empleado excepto para ellos mismos.

Términos que necesita saber:

- Autorización (o permiso de relevo): Da permiso por escrito de relevar La Información Protegida de Salud aunque no sea por razones de pago, tratamiento o cuidados médicos.
- Participante: Incluye asociados o dependientes los cuales están inscritos en el Plan Medico De Wal-Mart.
- Información Protegida De Salud: Generalmente relacionada con cualquier información personal de Salud que identifique a un individuo en particular.

Información adicional:

- La autorización mantiene efecto por un (1) año a partir de la fecha de la firma.
- Si no recibe respuesta en 45 días, podrá asumir que su solicitud ha sido recibida.

Usted podrá enviar la forma de Autorización vía FAX, CORREO o CORREO ELECTRONICO. No es necesario que envíe esta página.

Favor de Enviar a:

Mail Stop 3610 - Benefits Total Rewards Team
Attn: HIPAA Compliance Team
806 Excellence Drive
Bentonville, AR 72716-3610

Fax atención Compliances Dep. 479-621-2787

Correo electrónico a Privacy@wal-mart.com

Autorización ----- Grupo Plan de salud

Relevo de información de salud protegida.

Información del Participante

Nombre del asociado que carga la cobertura médica. ----------

Numero de seguro social del asociado. ----------

Participante (Esta es la persona de la cual de discutirá la información de salud protegida.)_____

Fecha de nacimiento del participante._____ Número de teléfono._____

Dirección del participante._____

Autorización (Esta la persona que obtendrá la información protegida del participante)

Yo autorizo a los asociados del Plan Medico y su empresa a relevar Información de Salud Protegida a los **grupos personas u organizaciones** listadas en la siguiente.

Nombre completo_____- **Fecha de Nacimiento**_____

(*Personas, grupos u organizaciones*)

Direccion_____

(La dirección de la persona grupo u organizaciones para propósito verificativo.)

Yo autorizo el Plan Medico a relevar: (**solo marque uno**)

○ Toda mi información de salud Protegida, ○ Toda mi información de Salud Protegida **Excepto**:

Si elige EXCEPTO haga una lista de la información (tratamientos fechas de servicio, diagnósticos/condiciones y o tratamientos de los siguientes proveedores de los cuales no quisiera información relevada: (Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

_____

Razón de solicitud

Usted puede marcar la razón que determina "A requerimiento del participante" o puede especificar debajo lar razón por la cual autoriza el Plan de compartir su Información De Salud Protegida.

○ A requisito del participante. ○ Otra razón (especifique) _____

Firma

Yo entiendo que:

- Esta firma es válida por un (1) año continuo de la fecha de la firma.
- Tengo el derecho de cancelar la autorización en cualquier momento al llenar la forma de cancelación de autorización.
- Los asociados del Plan Medico puede que hayal relevado mi información de Salud (debido a una autorización previa). De ser así esa autorización de información es válida y no será afectada por la cancelación de autorización.
- Si la persona o entidad a la cual autorizo a obtener mi información de salud personal NO es requerida a cumplir con las normas y regulaciones federales, entonces estas normas no me protegerán.

Yo entiendo que los pagos de mis reclamaciones, no dependerán de mi firma en este documento. Yo entiendo si no firmo esta forma, entonces la autorización no se haría valida.

_____ _____

FIRMA del participante (esta es la persona de la cual de revelara la información de salud protegida) FECHA

Si usted está autorizando el relevo de su propia información de Salud personal, entonces usted ha terminado y no es necesario que continúe llenando la forma.

Si usted ha llenado esta autorización como un representante legal del participante, entonces **será necesario** que complete la siguiente parte.

Nombre del representante (escriba en separado) _____

Describa su relación con el participante (esto le permite actuar en su interés) _____

Firme esta forma en el interés del participante. **Firma del Representante** _____ **Fecha**_____

Como requisito de la Portabilidad y Contabilidad del Seguro Medico Acto de (HIPAA) 1966, el Plan Médico del asociado obtendrá una autorización Valida firmada por el participante del Plan antes de usar o relevar la Información de Salud Protegida, a menos que l autorización del participante no sea requerida por la Ley.