

Reembolso y soporte para beneficios

Formulario de autorización de la HIPAA

Si desea completar este formulario de forma electrónica, llame al **(855) 230-7611** para solicitar un enlace. Envíe el formulario completado por fax al **(612) 520-2366** o por correo electrónico a US_MarketAccess@Coloplast.com

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Proveedor	
Seguro principal	Número de afiliado del seguro principal
Seguro secundario	Número de afiliado del seguro secundario

Declaración de autorización

Yo, el que suscribe, autorizo a Coloplast a actuar como mi representante para cumplir con los fines indicados en este formulario. Autorizo a las entidades cubiertas por la HIPAA mencionadas en este formulario a analizar y compartir (IMP) Información Médica Protegida con Coloplast para los fines descritos a continuación.

- Solicitar elegibilidad y cobertura de mi plan de salud para el procedimiento quirúrgico; y enviar un resumen de cobertura al consultorio médico.
- Solicitar que mi plan de salud reconsidere o emita una consideración individual para la cobertura del procedimiento quirúrgico para mí si es necesario.
- Obtener, compartir, divulgar y analizar mi información médica protegida.
- Solicitar a mi plan de salud que realice una revisión externa de su decisión si es necesario.
- Presentar una queja formal ante mi plan con respecto a su decisión de no cubrir el procedimiento o por no emitir una decisión sobre la cobertura si es necesario.
- Presentar una queja formal ante mi comisionado de seguros local u otro regulador del plan de salud pertinente si mi plan de salud no cumple con la solicitud de revisión externa.
- Ayudar con la redacción de cartas, completar y enviar formularios necesarios para intentar obtener cobertura para el procedimiento quirúrgico.

Esta información de salud protegida debe analizarse y compartirse con Coloplast:

- Toda mi información médica protegida relacionada con cualquier afección, examen, tratamiento e internación hospitalaria en relación con mi tratamiento, cirugía e implante peniano.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a las partes indicadas en este formulario. Entiendo que mi revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. Si no revoco mi autorización, vencerá después de un año.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, y que ningún proveedor de cuidado de la salud puede condicionar el tratamiento, el pago o la elegibilidad para recibir beneficios si decido no firmar esta autorización. Sin embargo, si no firmo esta autorización, Coloplast no podrá recibir mi información de salud protegida ni brindar asistencia con ninguno de los fines descritos anteriormente.

Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización mediante una solicitud por escrito a Coloplast.

Firma del paciente o representante (Se requiere la firma por escrito o con DocuSign)	Fecha	
Nombre del representante (si procede)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono preferido		
Dirección de correo electrónico (opcional)		