



Journey Rx (PDP)
a Medicare prescription drug plan

Autorización para divulgar información

Use este formulario cuando desee que Journey Rx™ (PDP) divulgue su información médica protegida (PHI) a una persona u organización en su nombre, como un familiar, un amigo o un empleador o ex empleador.

¿Tiene preguntas?



Llame al **1-877-690-8196**, de 8:00 am a 8:00 pm, todos los días, hora local. Los usuarios de TTY con deficiencias auditivas deben llamar al TTY **711**.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE JOURNEY RX

Sección A: Información del miembro (persona que otorga la divulgación de información)

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Número de identificación de miembro: _____

Lea a continuación y complete la información solicitada.

Sin condiciones: Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su inscripción a un plan de salud, elegibilidad o pago de beneficios a la recepción de esta autorización.

Efecto de otorgar esta autorización: La información médica protegida (PHI) descrita a continuación puede ser divulgada o recibida por personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica. Estas personas u organizaciones pueden divulgar la PHI posteriormente y es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.

Notas de psicoterapia: La ley federal establece que las notas de psicoterapia no se pueden divulgar usando el mismo formulario de autorización para otros registros. Para divulgar notas de psicoterapia, debe completar un formulario de autorización por aparte.

Propósito de la divulgación de información: La persona que autorizo para recibir esta información puede usar la PHI descrita a continuación para fines de tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamos, administración de mis beneficios de Mii Rx y otros propósitos, tal y como yo lo indique.

Sección B: Autorizo a Journey Rx a divulgar la siguiente información:

(Marque una o más casillas y complete los espacios en blanco, si corresponde. Describa de forma específica y efectiva la PHI que permite que se divulgue.)

AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE la divulgación de mi información médica protegida de conformidad con la descripción anterior. (Si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento del alcoholismo o dependencia de las drogas, debe proporcionar el nombre del centro/s o programa/s de tratamiento.)

- Dirección, fecha de nacimiento, estado de membresía
- Información del reclamo por el servicio de (nombre del proveedor) _____ para las fechas de servicio entre el _____ y el _____
- Información sobre primas
- Notas de psicoterapia (vea la información anterior)
- Información necesaria para ayudarme a entender mis beneficios y resolver problemas de facturación, disputas sobre beneficios y otros asuntos
- Otro (especifique la información y los tipos de información a divulgar): _____

Sección C: Si esta divulgación implica un reclamo o una apelación, seleccione a dónde se envían los avisos de sus reclamos y pagos del miembro (deje en blanco si esto no se aplica a su caso):

- Deseo que todos los avisos de reclamos, correspondencia relacionada con apelaciones y pagos del miembro para estos reclamos se envíen a la persona mencionada a continuación. Entiendo que al marcar esta casilla, la información no se enviará a la dirección que aparece en el expediente de mi membresía.
- No deseo que todos los avisos de reclamos, correspondencia relacionada con apelaciones y pagos del miembro para estos reclamos se envíen a la persona nombrada a continuación. Se enviarán a la dirección que aparece en el expediente de mi membresía.

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

Sección D: Personas u organizaciones autorizadas a recibir y usar mi Información médica protegida:

- Nombre o identifique específicamente a las personas u organizaciones (o clases de personas u organizaciones) a las que permite recibir y usar la PHI descrita arriba:

Nombre o título dentro de la organización	Número de teléfono
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	

- Esta persona es mi representante autorizado.
- Nombre o describa específicamente a las personas u organizaciones (o las clases de personas u organizaciones) a quienes autoriza divulgar la PHI descrita arriba (marque al menos una casilla y complete el espacio en blanco si corresponde):
 - Journey Rx
 - Otras personas u organizaciones:

Describe brevemente el propósito de la divulgación:

Sección E: Vencimiento y revocación:

Vencimiento: Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma de la autorización, o marque una casilla y complete los espacios en blanco, según corresponda:

- El (insertar fecha) ____ / ____ / ____
- Cuando un asunto particular se resuelve (especifique el asunto, por ejemplo “Reclamo para recetas médicas de febrero de 2018”): _____
- Cuando mi cobertura de Journey Rx se cancela

Derecho a revocar: Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero esto no afectará la divulgación de cualquier información procesada antes de cancelarla. Los avisos de cancelación por escrito deben enviarse a la dirección que aparece al dorso de este formulario.

Sección F: Firma

Si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento del alcoholismo o dependencia de las drogas, entiendo que las personas que mencioné para que reciban la información deben tratarla como confidencial. La información no se puede divulgar nuevamente sin que yo firme otra autorización. Para toda la información que no sea de diagnóstico o tratamiento del alcoholismo o dependencia de las drogas, comprendo que la(s) persona(s) que nombré para recibir información pueden no estar sujetas a las leyes de privacidad. Es posible que puedan divulgar la información y que las leyes federales de privacidad ya no la protejan.

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para el uso o divulgación de mi información médica protegida, como se describe en este formulario.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si un representante autorizado firma esta autorización, complete lo siguiente:

Nombre del representante autorizado: _____

Relación con la persona: _____

(Un representante autorizado debe proporcionar documentación de estado legal, como un poder notarial.)

Instrucciones para la autorización para divulgar información

Si desea que Journey Rx divulgue su PHI a una persona u organización en su nombre, como un familiar, amigo, empleador o ex empleador, debe completar y firmar este formulario de autorización para divulgar información. Revise y complete todo el formulario. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al **1-877-690-8196** de 8:00 am a 8:00 pm, todos los días, hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

- **Sección A: Información del miembro:** Incluya su nombre, dirección y número de identificación del miembro. Su número de teléfono es opcional, pero es posible que facilite las comunicaciones de seguimiento con usted
- **Sección B: Autorización para divulgar información:** Marque la(s) casilla(s) que correspondan al tipo de PHI que desea divulgar. Si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento del alcoholismo o dependencia de las drogas, debe proporcionar el nombre del centro(s) o programa(s) de tratamiento. Si se relaciona con notas de psicoterapia además de otra información que desee divulgar, debe completar un formulario por aparte para las notas de psicoterapia. Si marca "Otro", describa los tipos de PHI que permite que se divulguen.
- **Sección C: Si la divulgación implica un reclamo o apelación:** Decida si desea que enviemos sus avisos de reclamos y pagos del miembro por los reclamos a la persona que usted autoriza, o si desea seguir recibiendo la información en la dirección que aparece en el expediente de su membresía.
- **Sección D: Personas u organizaciones autorizadas a recibir y usar mi Información médica protegida:** Identifique a la persona u organización que puede recibir y usar su PHI. Si desea que Journey Rx divulgue su PHI a una persona u organización en su nombre, como un familiar, amigo, empleador o ex empleador, debe marcar la casilla del nombre del plan y escribir el nombre, número de teléfono y dirección de la persona u organización aquí. Si la persona también es su representante autorizado y tiene documentos legales que demuestren esa relación, marque también esa casilla. Si marca la segunda casilla, enumere otras personas u organizaciones a quienes permite la divulgación de su información.
- **Sección E: Vencimiento y revocación:** La autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que firma el formulario, a menos que usted incluya una fecha o suceso de vencimiento diferentes.
- **Sección F: Firma:** Escriba su nombre en letra de imprenta en el primer espacio en blanco, firme, coloque la fecha y envíe el formulario de autorización completado a la siguiente dirección:

Journey Rx
Attention: Privacy Officer
PO Box 3566
Scranton, PA 18505
Fax: **1-855-322-0718**

Si usted es el representante autorizado: Un representante autorizado es una persona con potestad conforme a la ley estatal para tomar decisiones de atención médica en nombre de una persona. Journey Rx necesitará la documentación de ese estado legal para procesar una autorización firmada por un representante autorizado.

MII Life Insurance, Inc. es el asegurador para Journey Rx, un plan de medicamentos de receta con un contrato de Medicare. La inscripción Journey Rx depende de la renovación del contrato. Journey Rx es una marca registrada de MII Life Insurance, Inc.