

Obtenga ayuda si recibió una factura sorpresa de un proveedor de servicios médicos

Mediación para una reclamación de seguro de salud

1. Llene este formulario y regréselo por correo electrónico a ConsumerProtection@tdi.texas.gov o por correo a: Consumer Protection, MC-CO-CPS, Texas Department of Insurance, PO Box 12030, Austin, TX 78711-2030.
2. Llene y envíe la sección "Autorización para divulgar su información de salud y otra información privada" que se encuentra al final de este formulario.
3. Envíe una copia de su factura y la explicación de los beneficios con este formulario.

Persona que recibió los cuidados de salud (paciente)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de teléfono durante el día	Correo electrónico (opcional)
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal	

Abogado o representante (si cuenta con uno)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal

Aseguradora o administrador del plan de salud

Nombre	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal
Nombre del asegurado, si es que es diferente al de la persona que recibió los cuidados	Número de la póliza en grupo
Persona inscrita (persona que recibió los cuidados) o número del suscriptor	Número de reclamación asignado por la aseguradora o administrador

Médico o proveedor de servicios médicos que le envió la factura y no está en la red de su plan de salud

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal
Fechas de servicio en la factura	Cantidad facturada (no incluya copagos, deducibles, coaseguros, o cantidades pagadas directamente a usted por una aseguradora o administrador)

Lugar donde recibió los cuidados de salud

Nombre	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal

Díganos brevemente sobre la disputa de su reclamación. (Usted debe completar esto.)

Yo certifico que la información en la parte de arriba es verdadera y correcta.

(Por favor escriba su nombre en todas las líneas de firma en este formulario si lo está llenando electrónicamente.)

Firme aquí: Persona que obtuvo los cuidados médicos o representante legal

Fecha

Autorización para revelar su información de salud y otra información privada

Autorización para revelar información

Usted llenó un formulario donde solicita ayuda con una factura sorpresa que recibió de un proveedor de servicios médicos. Para ayudarlo, es posible que necesitemos dejar ver la información que usted nos proporcionó. Parte de la información que necesitamos compartir podría ser: (1) sobre su salud, y (2) información que lo identifica a usted, por ejemplo, su dirección y su fecha de nacimiento. Por ley, necesitamos de su aprobación para poder compartir esta información.

► ¿Quién puede obtener y usar su información?

Al firmar este formulario, usted permite que compartamos su información con los involucrados en su caso. Esto puede incluir a todas las personas y organizaciones enlistadas en los formularios que usted completó solicitando ayuda y los siguientes y sus representantes:

- El hospital, la clínica, el proveedor de cuidados de emergencia, u otro proveedor donde usted obtuvo los servicios o suministros.
- La aseguradora o administrador de su plan de beneficios de salud.
- La Oficina Estatal para Audiencias Administrativas (State Office of Administrative Hearings, por su nombre en inglés) y cualquier persona que soliciten para trabajar en su caso.

► ¿Qué información puede ser compartida?

Al firmar este formulario, usted permite que TDI comparta: (1) la información que usted completó en el formulario solicitando ayuda, (2) su información de salud, y (3) otros datos privados.

Para permitirnos compartir la siguiente información, usted debe firmar o escribir su nombre enseguida de cada artículo:

- _____ Expedientes de salud mental (no incluye notas de psicoterapia)
- _____ Información genética y resultados de pruebas
- _____ Expedientes de abuso de sustancias de drogas y alcohol
- _____ Resultados de pruebas y tratamientos de VIH/SIDA
- _____ Registros de vehículos motorizados

► ¿Cuándo terminará esta aprobación?

Esta aprobación terminará si:

- La persona que solicitó nuestra ayuda cumple 18 años (la queja fue presentada para una persona de 17 años o menos).
- La persona que solicitó nuestra ayuda nos dice que ya no desea nuestra ayuda.
- La persona que pidió nuestra ayuda fallece.
- La ley sobre cómo podemos ayudar con las facturas sorpresas termina. (La ley y los reglamentos pueden encontrarse en el Código de Seguros de Texas 1467).
- Usted ingresa aquí la fecha en la que terminará este acuerdo (esto es opcional):

Mes (MM) / Día (DD) / Año (YYYY)

► **¿Cuáles son sus derechos?**

Usted puede solicitar la información que tenemos sobre usted enviando un correo electrónico a OpenRecords@tdi.texas.gov o una carta a: Public Information Coordinator, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030 (mail code GC-ORO) Austin, Texas 78711-2030. Usted también tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información incorrecta que tenga sobre usted. Para pedir una corrección envíe, (1) su nombre, dirección postal y número de teléfono, (2) los detalles de la información que necesita corregirse y (3) la razón por la cual la información es incorrecta o prueba de que la información es incorrecta. Envíe el correo electrónico a RecordCorrections@tdi.texas.gov o una carta a: Record Correction Request, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030 (mail code CO-AAL-CC), Austin, Texas 78711-2030.

Usted tiene derecho a cancelar o cambiar esta aprobación: Si usted desea cancelar esta aprobación o cambiar quién puede obtener su información de salud y otros datos privados, debe solicitarlo por escrito. Puede enviar una carta a la dirección o número de fax en la parte de arriba de este formulario. Tenga en cuenta que cualquier acción tomada e información compartida antes de recibir su carta o correo electrónico están cubiertos por este acuerdo firmado.

► **Firme abajo para mostrar que está de acuerdo:**

- Yo acepto permitir que TDI comparta mi información de salud y otros datos privados que se detallan en este formulario.
- Yo sé que TDI podría compartir mi información con organizaciones que están cubiertas en la sección 181.154 (c) del Código de Salud y Seguridad de Texas.
- Yo sé que TDI no es responsable de la información de salud o hechos privados que son compartidos por las personas u otras organizaciones enlistadas en este formulario.

Persona que está solicitando la ayuda o su representante autorizado

Fecha

Si un representante autorizado firma este formulario:

1. Escriba su nombre: _____
2. Díganos la relación con la persona tiene la queja:

Padre Tutor Otro (por favor especifique: _____)

Si la queja es en nombre de una persona que tiene 17 años o menos, esa persona debe firmar aquí para permitirnos compartir la información sobre: (1) control de la natalidad / cuidados para la salud reproductiva; (2) enfermedades de transmisión sexual; (3) abuso de drogas, alcohol o sustancias; y (4) tratamiento de salud mental.

Firma de la persona que tiene 17 años o menos

Fecha