



FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_  
EMPLEADO \_\_\_\_\_  
NUMERO DE RECLAMO \_\_\_\_\_  
PROVEEDOR \_\_\_\_\_

NUMERO DEL GRUPO \_\_\_\_\_  
NUMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_  
FECHA INCURRIDO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CARGO \_\_\_\_\_

RE: Autorizacion Para Otorgar Informacion Sobre Servicios Medicos Anteriormente Adquiridos.

Estimado Miembro:

Hemos recibido un reclamo para el paciente arriba nombrado. Para poder evaluar en forma apropiada este reclamo es necesario que obtengamos informacion de sus expedientes o documentos de parte de sus proveedores u otros medicos. Por favor complete la parte inferior de esta carta y devuelva a nuestras oficinas.

**AUTORIZACION PARA RECIBIR INFORMACION DE SERVICIOS ANTERIORMENTE ADQUIRIDOS**

Por intermedio de la presente autorizo a cualquier medico, cirujano, practicante profesional u otra persona, cualquier hospital, incluyendo hospitales gubernamentales o de la administracion de Veteranos para que hagan accesibles a nuestra compania, cualquier organizacion de servicios medicos, cualquier compania de seguros o cualquier otra institucion u organizacion para tener acceso en forma mutua o cualquier otra informacion medica adquirida, incluyendo beneficios ya cancelados (pagados) concerniente a esta u otra discapacidad.

Una fotocopia de esta autorizacion es tan valida como la original.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Guardian)

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta informacion debe ser recibida por HealthComp dentro de cuarenta y cinco (45) dias desde la fecha inicial de la peticion o el reclamo sera negada/cerrada. Si usted tiene preguntas sobre este asunto, haga el favor de ponerse en contacto con nuestra oficina al numero (800) 442-7247.

Atentamente,

HealthComp Administrators  
Departamento de Reclamos