

AUTORIZACIÓN PARA USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Esta autorización es: Tramitada por el afiliado Solicitada por MCS Classicare

Nombre del Afiliado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Letra de Molde)

Número de Contrato: _____

Dirección: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

(A) Por la presente autorizo a MCS Classicare a utilizar y/o divulgar la Información Protegida de Salud según se describe a continuación. Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación. Entiendo que esta información se recopiló de bancos de data de MCS Classicare y/o sus asociados de negocio. (Favor seleccionar una opción.)

- Récord completo del afiliado
- Pre-autorizaciones
- Pagos
- Procedimiento quirúrgico (Especifique: _____)
- Otro (Especifique: _____)

(B) Autorizo a las siguientes personas (o clases de personas), en la siguiente dirección, a recibir, y hacer uso y/o divulgación autorizada de mi Información Protegida de Salud:

Nombre: _____ Dirección: _____
Nombre: _____ Dirección: _____

(C) Mi Información Protegida de Salud se utilizará o divulgará para los siguientes propósitos: (Favor seleccionar una opción.)

- A solicitud del individuo
- Procedimiento Judicial
- Otro (Especifique: _____)

(D) Esta autorización vence (Especifique una fecha o evento): _____

(E) Si usted es representante autorizado del afiliado, favor de seleccionar abajo la opción que le otorga dicha autoridad e incluya una copia del documento:

- Poder legal
- Certificación del médico
- Otro: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, que mi decisión será por escrito y será enviada a MCS Classicare, donde se mantiene mi Información Protegida de Salud. Reconozco que mi revocación no será efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a usar y/o divulgar la Información Protegida de Salud hayan actuado conforme a esta autorización o en la medida en que esta autorización haya sido provista como condición para obtener cobertura de seguro, u otra ley provea al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización cuando el uso y/o divulgación sean solicitados por MCS Classicare. Si me niego a firmarla, no se afectará mi elegibilidad para cobertura. Entiendo la posibilidad de que la Información Protegida de Salud provista a través de esta solicitud sea re-divulgada por el receptor. Si la re-divulgación se hace a alguien que no está obligado a cumplir con los reglamentos federales de protección de privacidad, dicha información podría ya no estar protegida.

Afiliado o Representante Autorizado Firma Fecha

Testigo (De ser necesario) (bxx) Firma Fecha

(VER INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA 2)

Instrucciones Generales para completar el Formulario de Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

- El formulario para Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud se utiliza para que el afiliado autorice a una persona o entidad a tener acceso a su Información Protegida de Salud.
- La Autorización puede ser tramitada por el afiliado o por MCS Classicare. En su caso marque “Tramitada por el afiliado”.
- Escriba el nombre, fecha de nacimiento, número de contrato, dirección y un número de teléfono. **Proporcione copia de una identificación con firma (ejemplo: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte) para validar su firma en el formulario.**
 - (A) Seleccione o especifique la información que se va a utilizar y/o divulgar.
 - (B) Escriba el nombre de la persona, personas o nombre de la institución que usted autoriza y la dirección completa. Proporcione copia de una identificación con firma (ejemplo: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte) de la o las personas, o representante de la institución que usted autoriza.
 - (C) Seleccione cómo se utilizará la Información Protegida de Salud. **Si no desea proveer información sobre el uso, favor de marcar “A solicitud del individuo”.**
 - (D) Especifique una fecha o evento de expiración para la autorización (ejemplo: “31/12/2050”, “mientras dure la cubierta del plan”, “mientras yo viva”).
 - (E) Para ejercer como representante autorizado del afiliado, presente un Poder Legal, una Certificación del médico del afiliado u otro documento indicando que usted está a cargo del cuidado de salud del afiliado. Deberá proveer copia de uno de estos documentos y de una identificación con firma. El documento de representación de beneficios del Seguro Social, no es admisible para efectos de este formulario.

Importante:

- La firma y la fecha en la autorización también son requisitos para que el documento sea válido.
- Si el Formulario de Autorización no está debidamente completado, el mismo es inválido y por consiguiente es inprocesable. Esta situación puede causar retrasos en nuestro servicio.

Favor de entregar este formulario y solicitar asistencia para procesar el mismo en el Centro de Servicio de MCS más cercano.

Centro de Llamadas: 787-620-2530 (Área Metro), 1-866-627-8183 (Libre de Costo) y TTY (Audioimpedidos): 1-866-627-8182.

Horario de servicio de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.