

Autorización para usar y divulgar información de salud



AVISO PARA EL AFILIADO:

- Completar este formulario le permitirá a Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) (i) usar su información de salud para un propósito particular o (ii) compartir su información de salud con la persona o entidad que usted indique en este formulario.
- No es obligatorio que firme este formulario ni que otorgue permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Wellcare Prime no cambiarán si no firma esta formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta página. Si desea un formulario de revocación, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar uno.
- Wellcare Prime no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos autoriza a compartir su información de salud no la compartirá con otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesitase.
- Complete toda la información en este formulario. Una vez que termine, envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la primera página.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

Autorizo a Wellcare Prime a usar mi información de salud para el propósito indicado o a compartir mi información de salud con la persona o el grupo que se menciona a continuación. El propósito de la autorización es el siguiente:

- permitir que Wellcare Prime me ayude con mis beneficios y servicios, o
- permitir que Wellcare Prime use o comparta mi información de salud para _____.

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (agregue personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (__) ____ - _____

AUTORIZO A Wellcare Prime A USAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD:

- Toda mi información de salud, INCLUIDO:** información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el sida; datos y registros de salud mental (excepto los registros de psicoterapia); datos y registros de medicamentos o medicamento que requiere receta médica; y datos y registros del consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información respecto del trastorno por el consumo de sustancias que pueda divulgarse: _____); **O BIEN;**

Toda mi información de salud, EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):

- información genética, servicios o pruebas
- datos y registros sobre el sida o el VIH
- datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol
- datos y registros de salud mental (excepto los registros de psicoterapia)
- datos y registros de medicamentos o medicamentos que requieren receta médica
- Otra: _____

Fecha de finalización de la autorización: ____ / ____ / ____ (fecha en la que finaliza la autorización, a menos que se cancele)

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____
(El afiliado o el representante legal deben firmar aquí)

Vínculo con el afiliado: _____

Si usted es el representante personal del afiliado, envíenos copias de esos formularios (por ejemplo, un poder legal o una orden judicial de tutela).

PERSONA(S) O ENTIDAD(ES) INDIVIDUAL(ES) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN

NOTA: si usted otorga su consentimiento para divulgar cualquier registro de trastorno por consumo de sustancias a un destinatario que no es una tercera parte pagadora ni un proveedor, centro o programa de atención de salud donde recibe servicios de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o la entidad que le provee servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o simplemente, indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a su proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (de la persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (de la persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (de la persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (de la persona o entidad): _____

H1723_18_HIPAAAuth_Approved_12202018
Point Circle,

Dirección postal: Wellcare Prime, 100 Center

Columbia SC, 29210
1-855-735-4398 (TTY: 711)

Dirección:

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____ *Teléfono: ()-* _____

Nombre (de la persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____ *Teléfono: ()-* _____

Nombre (de la persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____ *Teléfono: ()-* _____

Nombre (de la persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____ *Teléfono: ()-* _____

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections de Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Notice of Non-Discrimination. Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Absolute Total Care does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Absolute Total Care: → Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
→ Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Absolute Total Care's Member Services at 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you believe that Absolute Total Care has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Absolute Total Care's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Services

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services are available to you, free of charge. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت لا تجيد التحدث باللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-735-4398 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-4398 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-855-735-4398 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電 1-855-735-4398 (TTY: 711)。

RUHSAKNAK: Mirang ttong hmang nan um silen, Mirang ttong thawn pehpar aw in a lak in bawm nak a um. Himi ah in contact thei asi: 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-4398 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

THEIHTERNAK: Mirang holh a thiammi na si ahcun, holh lei kongkau bawmchanh khawhna a lak in nangmah caah a um. Hika hin au hna 1-855-735-4398 (TTY-711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (ATS : 711).

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်-ဖဲန့ၢ်တကတိၤဆဲးကလံးအကျိၢ်ဘဉ်န့ၢ်,ကျိၢ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်ဆိၣ်ဖဲဒၣ်လၢန့ၢ်လၢတလိၣ်ဟ့ၣ်အပူၤဘဉ်န့ၢ်လိၤ.ကိးဘဉ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ የቋንቋ እገዛ እገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ለእርስዎ ሊሰጡ ይችላሉ። ወደ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ይደውሉ።

သတိပြုရန်။ သင် မြန်မာစကားပြောပါက အခမဲ့ ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-735-4398 (TTY: 711)