KelseyCare Advantage

# AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR

**PROPÓSITO:** Usted da permiso a KelseyCare Advantage para compartir su información personal de salud con una persona autorizada. Para ello, rellene y firme este formulario. Este formulario permite que KelseyCare Advantage comunique la información de cobertura del plan, los montos de las primas y cómo paga, la información de referencias, la facturación, las referencias, las reclamaciones, la farmacia y las consultas de elegibilidad con la persona que se enumera a continuación.

La persona no puede cambiar su plan, hacer una solicitud de servicio, apelar o presentar una queja formal en su nombre. La persona no puede cambiar su dirección física ni su número de teléfono. Usted, su poder notarial, tutor o curador deben darnos el cambio.

## Información para miembros de KelseyCare Advantage (se debe completar esta sección)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del miembro** | | **Medicare o Identificación del seguro #** | |
| **Dirección** | | | |
| **Ciudad** | | **C** | **Cremallera** |
| **Número de teléfono** | **Fecha de nacimiento** | | **Correo electrónico** |

## ¿Con quién quieres compartir tu información? (esta sección debe completarse)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del representante** | | **Relación con el Miembro/Beneficiario** | |
| **Dirección** (opcional) | | | |
| **Ciudad** | | **C** | **Cremallera** |
| **Número de teléfono** | | | |

## Su permiso: (esta sección debe completarse)

He leído y entiendo esta información. Puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento por escrito a KelseyCare Advantage; y la revocación será efectiva, excepto en la medida en que KelseyCare Advantage ya haya utilizado o divulgado información en relación con esta Autorización. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) protege su información médica. Pero no podemos controlar lo que sucede con su información después de compartirla con la persona u organización que nombra

**SOBRE**

en este formulario. En ese momento, es posible que la HIPAA o las leyes federales de privacidad no protejan su información. Podría compartirse con otros.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y entendido esta información. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

_____

**Firma del miembro de KelseyCare Advantage**

_____

**Firma del representante autorizado**
Por la presente acepto el nombramiento anterior.

_____

Fecha

_____

Fecha

**Duración**

En la mayoría de los casos, el permiso para compartir información de salud personal termina en su último día como miembro del plan o usted nos escribe y nos informa que lo finalicemos. La fecha de entrada en vigor es válida a partir de la fecha firmada, a menos que se revoque.

**Envíe el formulario por correo, correo electrónico o fax a:**

**Correo**:
KelseyCare Advantage
Apartado postal 841569
Pearland, Texas 77584

**Correo electrónico:** memberservices@kelseycareadvantage.com

**Fax**: (713) 442-5450