



AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR

PROPOSITO: 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	<input type="checkbox"/> Cremallera	
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Correo electrónico

¿Con quiénquieres compartir tu información? (esta sección debe completarse)

Nombre del representante	Relación con el Miembro/Beneficiario
Dirección (opcional)	
Ciudad	<input type="checkbox"/> 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

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

Fecha

Firma del representante autorizado

Por la presente acepto el nombramiento anterior.

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

H0332_ATC26_ES_C