

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

Para obtener ayuda con este formulario, consulte el aviso de la página 2 o llame a Departamento de Servicios al Afiliado al número que se indica a continuación. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados nacionales es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

 Wellcare PRIME <small>by Absolute Total Care</small>	 Healthy Connections PRIME	Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid)	1-855-735-4398 (TTY: 711)
--	--	--	----------------------------------

1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:
Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

2 OTORGO PERMISO A WELLCARE PRIME PARA UTILIZAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O EL GRUPO MENCIONADO A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción a continuación*):
 permitir a Wellcare Prime ayudarme con mis beneficios y servicios **0**
 permitir a Wellcare Prime utilizar o compartir mi información médica para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (un formulario por persona o grupo):
Nombre (persona o grupo): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

4 AUTORIZO A WELLCARE PRIME A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (NOTA: Seleccione la primera declaración para divulgar **TODA la información médica o seleccione la segunda declaración para divulgar solo **CIERTA** información médica).**

Marque solo una casilla a continuación. NO SE PUEDEN seleccionar ambas.

Toda mi información médica, QUE INCLUYE:
Información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros sobre VIH/sida; datos y registros sobre salud mental (sin incluir notas de psicoterapia); datos y registros sobre medicamentos/fármacos que requieren receta médica; y datos y registros sobre alcoholismo y drogadicción (especifique cualquier información sobre trastorno por abuso de sustancias que pueda divulgarse).

0
 Toda mi información médica EXCEPTO (*marque solo las casillas a continuación que correspondan*):
 Información, servicios o análisis genéticos
 Datos y registros sobre sida o VIH
 Datos y registros sobre consumo de drogas y alcohol
 Datos y registros sobre salud mental (sin incluir notas de psicoterapia)
 Datos y registros sobre medicamentos/fármacos que requieren receta médica
 Otra: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/ESTE EVENTO: _____
Fecha en la que finaliza esta autorización a menos que se cancele. Si este campo está vacío, la autorización caduca un año a partir la fecha de la firma a continuación.

6 FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____
SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el afiliado: _____
Si usted es el representante legal o personal del afiliado, debe enviarnos copias de los formularios relevantes, como un poder legal o una orden judicial de tutela.

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A

**Wellcare Prime by Absolute Total Care, ATTN: Compliance Department
100 Center Point Circle, Suite 100, Columbia, SC 29210**

Autorización para utilizar y divulgar información de salud

- Complete toda la información del formulario. Una vez que termine, envíe el formulario y cualquier documentación de respaldo a:

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)
ATTN: Compliance Department
100 Center Point Circle, Suite 100
Columbia, SC 29210

Para obtener ayuda con este formulario, llame a Departamento de Servicios al Afiliado al número que se indica a continuación.



**Wellcare Prime by Absolute Total
Care (plan de Medicare-Medicaid)**

1-855-735-4398 (TTY: 711)

- Si completa este formulario, permitirá que Wellcare Prime (i) use su información de salud para un propósito particular o (ii) comparta su información de salud con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No es necesario que otorgue permiso para utilizar o compartir su información médica. Si no envía este formulario, ni su tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad a los servicios con Wellcare Prime cambiarán. Si quiere cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación llamando al número de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Si quiere cancelar este formulario de autorización, excepto en situaciones en las que: (a) la compañía haya tomado medidas al respecto; (b) la autorización se haya obtenido como condición para obtener la cobertura del seguro u otra ley le brinde a la aseguradora el derecho de impugnar un reclamo en virtud de una póliza o de la póliza en sí misma, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación llamando al número de teléfono de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Wellcare Prime no puede garantizar que la persona o el grupo con los que nos permita compartir su información de salud no la divulgarán ante otra persona, y dejará de estar protegida en virtud de la Sección 164 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (por sus siglas en inglés, CFR).
- Si usted consiente con la divulgación de cualquier registro sobre trastorno por abuso de sustancias a un destinatario que no es un pagador tercero ni un proveedor de atención de salud, centro o programa en el que recibe servicios de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o un centro de investigación (en adelante, "entidad destinataria"), debe especificar el nombre del individuo con el que reciba servicios de un proveedor tratante en el centro destinatario o la entidad en la que los recibe, o solo indicar que su trastorno por abuso de sustancias puede divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en la entidad destinataria.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita. Para solicitarlas, llame al número de teléfono de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Healthy Connections de Carolina del Sur 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 8:00 a. m. to 8:00 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.