Respetamos sus deseos, y protegemos su privacidad

Como afiliado de CarePlus, su privacidad y bienestar son importantes para nosotros. Es posible que en algún momento usted desee que un familiar o un amigo hable en su nombre con CarePlus.

Para que esto se pueda hacer, primero debe completar un formulario de Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Este formulario le permitirá elegir a una persona de confianza que podrá tener acceso a su información de salud protegida. Esa persona será considerada su cuidador, ya sea familiar o amigo.

Esto no es un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés). Si usted desea que alguien le ayude a inscribirse o a solicitar cambios o actualizaciones en su cuenta en su nombre, deberá presentar un poder notarial u otra autorización contemplada por las leyes del estado para permitirle a dicha persona actuar en su nombre. Podrá presentar el poder notarial y el formulario de consentimiento PHI juntos.

Si usted completa el formulario PHI y otorga autorización a alguien, consideraremos a esa persona como su cuidador autorizado para:

- Hablar con CarePlus en su nombre con respecto al plan, pero no podrá realizar ni solicitar ningún cambio o actualización en la cuenta (a menos que sea el titular de su poder notarial o tenga otra autorización legal del estado para actuar en su nombre)
- Estar al tanto de sus beneficios y reclamaciones
- Obtener respuestas a preguntas sobre cobertura de cuidado de la salud
- Recibir información y asesoramiento útiles de CarePlus sobre cómo cuidar a otra persona

Cómo comenzar*

Usted tiene tres opciones para completar y enviar su formulario de consentimiento.

1. Si tiene una cuenta de MyCarePlus o planea crear una cuenta después de su inscripción, podrá acceder y descargar el formulario seleccionando la opción “Documentos y formularios” en la parte superior de la página. El formulario se encuentra en la pestaña “Recursos informativos y formularios,” con el título “Autorización para divulgar la información de salud protegida.”
2. Su agente puede utilizar uno de nuestros sistemas de ventas para ayudarle a completar un formulario de consentimiento de manera electrónica como parte de su afiliación.
3. Puede completar el formulario en papel que se ha incluido con este paquete (una vez que haya presentado su solicitud y recibido su tarjeta de identificación del afiliado de CarePlus).

Usted no necesita utilizar este formulario de consentimiento para autorizar a una persona si también va a presentar un poder notarial u otra autorización legal para la misma persona.

* Si usted ha presentado anteriormente un consentimiento para esta persona, no necesita volver a presentarlo en este momento.

Consentimiento para divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Información del afiliado (la persona cuya información será divulgada):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre Segundo nombre Apellido Mes Día Año

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

N.º de identificación del afiliado: _____ N.º de teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular*

Entiendo que esta autorización permitirá a CarePlus y a sus compañías afiliados utilizar o divulgar la información de salud protegida† que se describe a continuación:

Entiendo que esta autorización permitirá que CarePlus y sus afiliados utilicen o divulguen cualquier información protegida de salud† que mantengan CarePlus y sus afiliados, incluidos los registros de salud mental, VIH, estado de salud o abuso de sustancias. Esto también incluye compartir la información relacionada con los pedidos de farmacia de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con personas autorizadas.

Esta información puede ser revelada, y usada, por las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ N.º de teléfono: _____
☐ Casa ☐ Celular*

Parentesco/Relación:
☐Cónyuge ☐Hermano(a) ☐Padre/Madre ☐Hijo(a) ☐Agente/Corredor ☐Amigo(a) ☐Organización

Entiendo que:

- No tengo la obligación de firmar este consentimiento, y CarePlus no puede basar sus decisiones sobre tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de que lo presente.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, actuales o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que yo cancele mi afiliación a CarePlus. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento llamando Servicios para Afiliados o enviando un aviso por escrito a CarePlus.
- Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, CarePlus no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a la información la comparta con terceros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.
- No estoy obligado a firmar este consentimiento, y CarePlus no puede basar sus decisiones sobre tratamiento o pagos en función de si firmo o no.

Firma del afiliado o del representante legal _____

☐ Afiliado ☐ Representante legal Fecha: ____ / ____ / ____

Tenga en cuenta que: Los representantes legales deben adjuntar copias de la autorización según lo exige la ley. Los ejemplos incluyen un poder notarial para cuidado de la salud, el nombramiento de un sustituto para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, un testamento en vida o documentos de tutela legal.

Luego de llenar y firmar el formulario, envíelo por fax al **800-633-8188**. O si lo prefiere, envíe su formulario completado a: **CarePlus Health Plans, Inc., P.O. Box 14168, Lexington, KY 40512-4168**.

*Al dar su número de celular, está dando permiso para que CarePlus se comunique con usted por este medio.

†Salud incluye atención médica, dental, de farmacia, de salud mental, de la vista y atención a largo plazo. CarePlus se regirá por las leyes y reglamentaciones federales y estatales más estrictas.

CarePlus HEALTH PLANS