

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI) por parte del Fondo

Usted DEBE completar toda la información solicitada en este formulario para que su autorización sea válida.

Autorizo al Plan el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) tal como se describe en esta autorización. Entiendo que el Plan puede no condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios independientemente de si doy o no la autorización que se enumera en este formulario.

(1) **El Plan puede divulgar PHI a:** El Plan, sus agentes o subcontratistas ("Socios Comerciales") están autorizados a divulgar la PHI que se describe a continuación a la siguiente(s) persona(s), clase de personas u organización:

- Mi cónyuge_ Mi Unión_
- _____ _____
- Mis padres _____ Mi Empleador _____
- Otro (indicar nombre o posición en letra imprenta): _____

(2) **La información que se puede utilizar o divulgar es:**

- Información en poder del Plan con respecto a mi elegibilidad, decisiones de reclamos y pagos.
- Información médica en poder del Plan del **siguiente médico, clínica u hospital:** (enumere los detalles a continuación)
- _____
- Otro. (enumere los detalles a continuación)
- _____
- _____

(3) **Derecho a revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la Persona de Contacto del Plan por escrito a la dirección que figura en la parte inferior de este Formulario. Entiendo que la revocación solo tiene efecto luego de que el Plan la reciba y registre. Entiendo que cualquier uso o divulgación hecha antes de la revocación bajo esta autorización no se verá afectada por una revocación.

(4) **Redivulgación de información:** Entiendo que una vez que se divulgue esta información, la ley federal podría no protegerla y el destinatario podría volver a divulgarla. También entiendo y acepto eximir de responsabilidad al Plan y a cualquiera de sus agentes y subcontratistas si se vuelve a divulgar la información.

(5) **Copia:** Entiendo que el Plan me otorgará una copia de esta autorización

(6) **LA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ EN LA FECHA EN QUE FINALICE SU ELEGIBILIDAD BAJO EL PLAN, A MENOS QUE ESPECIFIQUE OTRA FECHA O EVENTO DE TERMINACIÓN A CONTINUACIÓN.**

- Otro: _____

Su firma: _____ Fecha: _____

Su nombre en imprenta: _____

Nombre del/ de la miembro: _____

Dirección del/ de la miembro: _____ Número de SSN o ID: _____

Envíe los formularios completados por correo o fax al Administrador: del Fondo:

3001 Metro Drive – Suite 500, Bloomington, MN 55425
Fax: 952-851-3521

**Fondo de salud y bienestar para empleadores y
empleados de hoteles de la Gran Área**

Metropolitana

3001 Metro Drive, Suite
500
Bloomington, MN 55425

Administradores del Fondo
Wilson-McShane
Corporation

Teléfono: (952) 854-0795
Fax: (952) 854-1632
Número gratuito: (800) 535-
6373

Estimado/a Miembro,

Por favor complete el formulario de PHI (Información de Salud Protegida) adjunto que nos permitirá hablar con quien usted designe en la sección 1. Sin este formulario, no podremos brindar ninguna información relacionada con su cobertura médica (es decir, deducibles, reclamos, etc.). Este formulario deberá ser llenado por **cualquier persona mayor de 18 años**.

Cómo rellenar el apartado 2 de este formulario –SOLO NECESITA ELEGIR UNA OPCIÓN:

- **Al elegir la primera opción, la opción más comúnmente elegida, nos permite hablar con quien sea designado/a en este formulario en nombre de su PHI médica.**
- **Al elegir la segunda opción, deberá enumerar todos los médicos, clínicas, etc. que nos permitirán hablar con quien sea designado/a en este formulario.**

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina al

952-854-0795. El horario de la oficina de beneficios es de lunes a jueves, de 8:00

a.m. a 5:00 p.m. Por favor envíe este formulario en el sobre adjunto o por fax al 952-

854-1632.

Gracias,

Wilson McShane Corporation
3001 Metro Drive, Suite 500
Bloomington, MN 55425