

AUTORIZACIÓN PARA USO DEL BENEFICIO DE HOME BUNDLE

Indicar quién está completando esta autorización (marque una): () Afiliado(a) () Representante autorizado

I. INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A)

Nombre del afiliado(a) *(en letra de molde)* _____ Fecha de nacimiento *(mes/día/año)* _____

Número de contrato: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

II. ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN

A. Por la presente autorizo a _____ *(nombre del hogar de cuidado)* a:

(iniciales) _____ Solicitar y administrar, a nombre y a beneficio único del (de la) afiliado(a) aquí nombrado(a), el beneficio de *Home Bundle* ofrecido por **MCS Classicare (HMO)**. Esta autorización se limita a los productos y/o servicios incluidos en el plan bajo el beneficio de *Home Bundle*, según aplique y sea elegible.

(iniciales) _____ Para solicitar información únicamente sobre los balances del beneficio de *Home Bundle*.

B. Esta autorización estará vigente mientras la cubierta del (de la) afiliado(a) esté activa, o no sea revocada.

C. ***Si esta autorización es hecha por un representante autorizado:*** Incluya con esta autorización evidencia de la capacidad legal de su representación. Por ejemplo, carta de tutela, orden judicial o poder legal. Esta autorización no será válida si la debida documentación no es provista.

➤ Se incluyen los siguientes documentos: _____

(iniciales) _____ Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi decisión de revocar esta autorización deberá ser por escrito y enviada a **MCS Classicare**. Si me niego a firmar esta autorización no se afectará el beneficio en mi cubierta. Esta autorización es solamente válida para utilizar, recibir y/o divulgar información específica sobre el beneficio de *Home Bundle*. Autorización no equivale a una autorización de representante autorizado al amparo de la Ley HIPAA. En caso de que **MCS Classicare** ya cuente con una Autorización de Uso y/o Divulgación de PHI (“Autorización de PHI”) esta autorización no sustituye, ni afecta dicha autorización de PHI.

Firma del afiliado(a) o representante autorizado _____ **Fecha** *(mes/día/año)* _____

Nombre de Testigo *(de ser necesario)* _____ **Firma** _____ **Fecha** *(mes/día/año)* _____