

1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser divulgada, comprende cualquiera de los siguientes:
 - A. Reclamaciones
 - B. Elegibilidad
 - C. Información sobre determinaciones organizacionales, como por ejemplo, estatus (pendiente, aprobado, denegado).
 - D. MTM (Programa para el Manejo de Terapia de Medicamentos)
 - E. Otro (favor especificar qué información desea se divulgue): _____
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
 - A solicitud del afiliado
 - Procedimiento legal
 - Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y solicitud de un duplicado de la identificación del afiliado.
 - Otro: _____
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM a la dirección postal PO BOX 71114, SAN JUAN PR 00936-8014.
8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM.

***Es requerido indicar la fecha de vencimiento de este documento. De no indicar una fecha de vencimiento válida y/o no completar el campo indicado (en blanco), este documento no tendrá efecto.**

***Esta autorización vence el:** - -
 Mes Día Año

Nombre del Afiliado y/o Representante Legal: (En letra de molde) _____

Fecha: _____

Firma del Afiliado y/o Representante Legal: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo:

(Se requiere firma de una tercera persona como testigo si el afiliado firma con una X)

Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Tutoría Legal).

MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469)。Y0049_2020 2081 0003 2_C

