

**AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A LA INFORMACIÓN RESUMIDA DE SALUD DEL PLAN GRUPAL PARA PROPÓSITOS ADMINISTRATIVOS**  
 (Solamente para Administradores de Grupo)

**Número de Grupo:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del Grupo:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Sección (es):** \_\_\_\_\_  
**Fax:** \_\_\_\_\_

**Autorización es efectiva desde:** \_\_\_\_\_ **Expira:** \_\_\_\_\_ (Vigencia sólo hasta 24 meses a partir de la fecha de efectividad.)  
 (mes / año) (mes / año)

| Nombre | Puesto | Últimos Cuatro Dígitos Seguro Social | Código de Acceso (1) | Firma | Nivel Acceso (2)   |                                  | Funcionalidad Portal (3)<br>www.ssspr.com |                 | Correo electrónico |
|--------|--------|--------------------------------------|----------------------|-------|--------------------|----------------------------------|---|-----------------|--------------------|
|        |        |                                      |                      |       | Parcial (Observar) | Total (Observar y hacer cambios) | SES Grupal                                | SES Facturación |                    |
|        |        |                                      |                      |       |                    |                                  |   |                 |                    |
|        |        |                                      |                      |       |                    |                                  |   |                 |                    |
|        |        |                                      |                      |       |                    |                                  |   |                 |                    |
|        |        |                                      |                      |       |                    |                                  |   |                 |                    |
|        |        |                                      |                      |       |                    |                                  |   |                 |                    |
|        |        |                                      |                      |       |                    |                                  |   |                 |                    |

**Eliminar Accesos (utilice esta sección para eliminar accesos previamente otorgados)**

| Nombre | Código de Acceso | Fecha de Efectividad del Cambio |
|--------|------------------|---------------------------------|
|        |                  |                                 |
|        |                  |                                 |
|        |                  |                                 |
|        |                  |                                 |

- (1) Si ya tiene un código de acceso asignado, debe indicarlo en la solicitud. De esta manera, podrá observar todos los grupos autorizados usando el mismo código.
- (2) Parcial - este acceso le permite sólo observar información de suscripción / Total - este acceso le permite observar y hacer cambios, incluye información sobre la fecha en que se expide el pago de una reclamación por tipo de cubierta. Si interesa información adicional, debe presentar autorización escrita del participante del plan.
- (3) SES Grupal - acceso a observar información variada sobre el grupo y a crear y modificar los contratos de los asegurados en el grupo. / SES Facturación - acceso a observar y ajustar las facturas del grupo en forma electrónica.

El abajo firmante entiende y certifica que el (los) individuo(s) designado(s) ha(n) sido adiestrado(s) en HIPAA y la administración adecuada de la información de salud protegida. Además, se compromete(n) a mantener en confidencialidad la información de salud de los participantes del plan y sólo la usarán para la administración del mismo. La información no será usada para determinaciones de empleo. Cualquier violación a la privacidad está sujeta a las penas fijadas en las leyes locales y federales aplicables y deberá ser notificada a Triple-S, Inc. tan pronto se descubra.

El Grupo o patrono tiene mecanismos internos para resolver casos de incumplimiento y mitigar daños. Con el acceso a la información Total, el Grupo o patrono reconoce que puede estar sujeto a exámenes de cumplimiento por el Secretario de Salud Federal. También, el patrono o grupo tiene la obligación de permitir que los participantes del plan puedan solicitarle acceso a la información Total que él posee o solicitar un informe de las divulgaciones que el Patrono o Grupo haya hecho de la misma. Esta autorización no se renovará automáticamente. **Es responsabilidad del patrono o grupo actualizar la información contenida en este formato para que sólo las personas autorizadas tengan acceso.** El Patrono o Grupo libera a Triple-S, Inc. de toda responsabilidad legal o monetaria, y proveerá entera defensa y cubierta, en caso de que los representantes del Patrono o Grupo aquí designados cometan una violación de privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del representante autorizado del grupo (letra de molde)** \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Fecha