

Consent to the Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI) And Personally Identifiable Information (PII)



Tempus Unlimited Fiscal Intermediary

I hereby give my consent for Tempus Unlimited, Inc. to use and disclose Protected Health Information (PHI) and Personally Identifiable Information (PII) on my behalf to enable billing and reimbursement for services provided by the Tempus Unlimited Fiscal Intermediary program.

I understand that Tempus Unlimited, Inc. staff may have access to PHI and PII and may use this information to either approve or deny timesheets and/or to submit billing for reimbursement, process payroll, and support program operations. Types of PHI and PII that we may share could be a MassHealth ID, other payer Insurance IDs, admit and discharge paperwork for inpatient stays, and information of your stay at a long term care facility. We only use this information to provide documentation to MassHealth and other payers for reimbursement for FI services. We also use this information to ensure that timesheets are not submitted fraudulently and that we are billing MassHealth for actual work done by PCA or worker that you have authorized. We also use this information for staff training and for conducting quality assurance (monitoring the need, appropriateness, and quality of services provided).

I have been given a Notice of Privacy Practices that fully explains the uses and disclosures of PHI and PII that Tempus Unlimited, Inc. will make with my Protected Health Information (PHI).

I understand that I do not have to consent to the use or disclosure of my Protected Health Information for payment, and health care operations, but that if I do not consent, Tempus Unlimited, Inc. may refuse to provide me Fiscal Intermediary services unless applicable state or federal law requires Tempus Unlimited, Inc. to provide such services. If Tempus Unlimited, Inc. does agree to my requested restrictions, it is bound by this agreement.

I understand that Tempus Unlimited, Inc. may disclose my PHI and/or PII without authorization when required or permitted by law, including court orders, subpoenas, or government agency requests.

The following person(s) have my consent regarding my protected health information. **You have my permission** to release information to them, or **I am adding the access** of the following persons:

Name:		Relationship:	
Name:		Relationship:	

I understand that I have the right to object to the use and/or disclosure of my Protected Health Information to family members.

You do not have my permission to release information to them, or **I am revoking the access** of the following persons:

Name:		Relationship:	
Name:		Relationship:	

Password: I would like to have a password added to my account. Information will not be disclosed over the phone unless the following password is used:

Password:		Effective Date:	
------------------	--	------------------------	--

Permission to leave detailed voicemails on my home or cell phone voicemail:

☐ Yes, you have my permission ☐ No, you do not have my permission

I understand that I may revoke this consent in writing but that the revocation will not be effective to the extent that Tempus Unlimited, Inc. has already taken action based on my earlier consent. **This consent will be in effect, if not revoked, until one month after the termination date of your Program.**

Consumer/Surrogate/Legal Guardian Signature

Printed Name

Date

**Consentimiento para el Uso y la Divulgación de
Información Protegida de Salud (PHI) y Información de Identificación Personal (PII)**

Tempus Unlimited Fiscal Intermediary

Por este medio le doy mi consentimiento a Tempus Unlimited, Inc. para utilizar y divulgar Información Protegida de Salud (PHI) y Información de Identificación Personal (PII) en mi nombre con el fin de facilitar la facturación y el reembolso de los servicios ofrecidos por el programa de Intermediario Fiscal de Tempus Unlimited.

Entiendo que el personal de Tempus Unlimited, Inc. puede tener acceso a PHI y PII, y que puede utilizar esta información para aprobar o rechazar hojas de horarios y/o para presentar facturas con fines de reembolso, procesar nóminas y apoyar las operaciones del programa. Los siguientes son algunos ejemplos de datos de PHI y PII que podríamos compartir incluyen el número de ID de MassHealth, otros números de ID de aseguradores, la documentación de hospitalización y de alta de pacientes hospitalizados, y información sobre su hospitalización en un centro de cuidados de larga duración.

Solo utilizamos esta información para presentar documentación a MassHealth y a otras instituciones pagadores para obtener el reembolso de los servicios de FI. También utilizamos esta información para garantizar que las hojas de horarios no se presenten de forma fraudulenta y que facturamos a MassHealth únicamente por el trabajo realmente realizado por el/la PCA o trabajador/a que usted haya autorizado. Nosotros también utilizamos esta información para la formación del personal y llevar a cabo controles de calidad (supervisando la necesidad, la adecuación y la calidad de los servicios ofrecidos).

Se me ha entregado un Aviso sobre Prácticas de Privacidad que explica detalladamente los usos y las divulgaciones de PHI y PII que Tempus Unlimited, Inc. realizará con mi Información Protegida de Salud (PHI).

Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi Información Protegida de Salud para pago y operaciones de cuidado de salud, pero si no doy mi consentimiento, Tempus Unlimited, Inc. podrá negarse a prestarme servicios de Intermediario Fiscal, a menos que la legislación estatal o federal aplicable exija a Tempus Unlimited, Inc. la prestación de dichos servicios. Si Tempus Unlimited, Inc. acepta las restricciones que he solicitado, quedará obligado por el presente acuerdo.

Entiendo que Tempus Unlimited, Inc. puede divulgar mi Información Protegida de Salud (PHI) y/o Información de Identificación Personal (PII) sin autorización cuando lo exija o lo permita la ley, incluyendo órdenes judiciales, citaciones o solicitudes de agencia gubernamental.

La(s) siguiente(s) persona(s) tiene(n) mi consentimiento con respecto a mi información de salud. **Usted tiene mi permiso** para divulgarles información o **le estoy añadiendo acceso** a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre:		Relación:	
Nombre:		Relación:	

Entiendo que tengo el derecho a objetar al uso y/o divulgación de mi información de salud a familiares.

Usted no tiene mi permiso para divulgarles información a ellos o **le estoy revocando el acceso** de las siguientes personas:

Nombre:		Relación:	
Nombre:		Relación:	

Contraseña: Me gustaría añadirle una contraseña a mi cuenta. Información no será discutida por teléfono a menos que la siguiente contraseña sea usada:

Contraseña:		Fecha de vigencia:	
--------------------	--	---------------------------	--

Permiso para dejar mensajes de voz detallados en mi grabadora de mensajes en mi hogar o teléfono celular:

☐ Si, usted tiene mi permiso ☐ No, usted no tiene mi permiso

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito pero que la revocación no estará en efecto hasta el punto que Tempus Unlimited, Inc. ya haya tomado acción basada en mi consentimiento anterior. **Este consentimiento estará en efecto, de no ser revocado, hasta un mes luego de la fecha de terminación de su programa.**



Firma del Consumidor/Representante/Tutor Legal

Nombre impreso

Fecha