



SOLICITUD PARA MODIFICAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Use este formulario para solicitar que se modifique su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) contenida en un conjunto de expedientes designado que conserve HealthSpring o uno de sus socios. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, comuníquese con servicio al cliente al número en su tarjeta de asegurado. Rellene el formulario en su totalidad.

AL RELLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE:

Cobertura Medicare Advantage:

HealthSpring
Medicare Advantage Privacy Rights Intake and Management
PO Box 24207
Nashville, TN 37202

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

HealthSpring
Medicare Prescription Drug Plan
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927

Sección A Proporcione información de la persona para quien se solicita la modificación.

nombre _____ apellido _____ n.º de grupo _____
n.º de seguro social _____ fecha de nacimiento _____ n.º de asegurado _____
domicilio _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____
código de área y teléfono _____ correo electrónico (si tiene) _____

Sección B Marque con una "X" los cuadros correspondientes a los expedientes que desea inspeccionar o de los que desea obtener una copia, e indique fechas específicas.

Registros de la cobertura	Del:	al	Expedientes de reclamaciones	Del:	al:
<input type="checkbox"/> Solicitud, suscripción o registro de estados de cuenta del médico que le atiende	_____	_____	<input type="checkbox"/> médicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pago de primas o historial de facturación (si aplica)	_____	_____	<input type="checkbox"/> dentales	_____	_____
			<input type="checkbox"/> de medicamentos recetado	_____	_____
			<input type="checkbox"/> del cuidado de la vista	_____	_____
			<input type="checkbox"/> de salud mental	_____	_____

Indique la razón por la que se deben modificar estos expedientes:

Sección C Proporcione los nombres y los domicilios de las personas a las que se les debe notificar, si aceptamos hacer la modificación.

nombre _____	nombre _____
domicilio _____	domicilio _____
ciudad _____	ciudad _____
estado _____ código postal _____	estado _____ código postal _____

Sección D Firma: Este documento tiene que ser firmado por el interesado, uno de los padres del menor o por el representante autorizado del solicitante.

Solicito que HealthSpring modifique mi información médica protegida según se ha especificado en la Sección B. Entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

Firma _____ Fecha: mes/día/año _____

Sección E Si un representante autorizado firma la Sección D, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales correspondientes. NO es necesario adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de HealthSpring.

nombre del representante autorizado _____
parentesco con la persona que solicita la información _____
domicilio del representante autorizado _____ ciudad _____
estado _____ código postal _____ código de área y teléfono del representante autorizado _____
correo electrónico del representante autorizado (si tiene) _____

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad (Privacy Office).