



## SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario es para solicitarle a HealthSpring o a uno de sus Socios que se comuniquen con usted en una ubicación alterna o por medios alternativos, o para cancelar o modificar una Solicitud de confidencialidad otorgada anteriormente. Rellene el formulario en su totalidad.

Cumpliremos con su solicitud inicial si reúne todos los siguientes criterios:

1. Su solicitud es razonable.
2. Usted declara claramente que si no honramos esta solicitud usted podría estar en peligro.
3. Usted proporciona una ubicación u otra alternativa razonable para que nos podamos comunicar con usted.
4. Usted proporciona una explicación razonable de cómo los pagos (si aplica) se manejarán si se usa la ubicación alterna.

### NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DOMICILIO

Si necesita ayuda para llenar este formulario o si desea notificarnos sobre un cambio de domicilio, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado.

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 Solicitud de confidencialidad, modificación o cancelación de solicitudes previas

Elija una de las siguientes opciones:

**Solicitud inicial:** Este formulario es una Solicitud inicial de confidencialidad. (Rellene el formulario completo.)

**Modificar una solicitud previa:** Este formulario modifica una Solicitud de confidencialidad (por ejemplo, un cambio de domicilio alternativo) aprobada anteriormente. (Rellene el formulario completo.)

**Cancelar una solicitud previa:** Este formulario cancela una Solicitud de confidencialidad aprobada anteriormente. (Rellene la Sección B y prosiga a la Sección D.)

Añote la fecha en que se debe cancelar la solicitud anterior (mes/día/año): \_\_\_\_\_

### Sección B La persona interesada en recibir correspondencia en una ubicación alterna por motivos de confidencialidad.

Rellene la siguiente información:

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 C Rellene la siguiente información sobre la Solicitud de confidencialidad:

¿Estará usted en peligro si no enviamos su información médica protegida (PHI, en inglés) a una ubicación alterna?  Sí  No

Si seleccionó "no", llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado para solicitar un cambio de domicilio.

Yo solicito que toda mi información médica protegida sea enviada a la ubicación alterna a continuación:

Ubicación alterna:

calle: \_\_\_\_\_

ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Indique cómo se manejará cualquier pago (si aplica) usando la ubicación alterna que usted solicita.



**Si se le otorgara su solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:**

1. La solicitud solo aplica a su cobertura actual. Si cualquiera de la información sobre su cobertura cambia, incluidos los números de grupo o del titular, o si los servicios incluidos cambian (por ejemplo, si añade cobertura dental), usted tiene que presentar una Solicitud de confidencialidad nueva.
2. La solicitud vencerá a los diez y ocho (18) meses después de que su cobertura haya terminado.
3. HealthSpring y sus Socios son responsables solamente por la información médica protegida que ellos divulguen al domicilio alterno que usted ha designado en la Sección C.

**Sección D Firma:** Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el representante personal del solicitante.

Solicito que HealthSpring divulgue mi información médica protegida (PHI, en inglés) según se ha especificado anteriormente en la Sección C. Entiendo que HealthSpring no tiene la obligación de estar de acuerdo con mi solicitud. Entiendo que recibiré por escrito una determinación sobre mi solicitud. Entiendo que si firmo en nombre de un menor, esta solicitud expirará cuando el menor cumpla los 18 años, a menos que se compruebe la tutela.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: mes/día/año \_\_\_\_\_

**Sección E Si un representante personal 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. **NO** tiene que 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 de (Privacy Office).**