



SOLICITUD DE RESTRICCIÓN

Use este formulario para solicitar restricciones en la manera en que HealthSpring usa o divulga su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) ya sea para tratamientos, pagos o propósitos de operaciones de atención médica, o para compartir dicha información a un familiar, un pariente u otra persona que esté involucrada en sus cuidados. Este formulario también se puede usar para cancelar una solicitud de restricción que se ha aprobado anteriormente. Rellene el formulario en su totalidad.

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 o cancelación de restricción.

¿Desea cancelar una solicitud de restricción que se ha aprobado anteriormente? Si responde "Sí", complete la Sección B y prosiga a la Sección D. Si responde "No", rellene el formulario en su totalidad.

Sí Anote la fecha en la que desea cancelar la solicitud previa (mes/día/año): _____

No

Sección B Proporcione la información de la persona para quien se solicita la restricción.

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 Especifique qué información médica protegida desea restringir.

Explique cómo desea que se restrinja el uso y la divulgación de esta información:

Si aplica, indique si esta solicitud de restricción requiere que divulguemos su información médica protegida al administrador de su Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés) o de su Cuenta de ahorros flexibles (FSA, en inglés):

Sí No



Si se aprueba la solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:

1. La solicitud solo aplica a su cobertura actual. Si la información sobre su cobertura cambiara, incluidos los números de grupo o de asegurado, o si hay algún cambio de beneficios o servicios médicos en su cobertura (por ej., si se añade una cobertura dental), debe presentar una nueva solicitud de restricción.
2. La solicitud se vencerá a los dieciocho (18) meses después de que su cobertura médica haya terminado.
3. HealthSpring y sus Socios son responsables solamente por la información médica protegida designada en la Sección C.

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

Solicito que HealthSpring restrinja el uso o la divulgación de mi información médica protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección C. Entiendo que HealthSpring no está obligado a estar de acuerdo con mi solicitud. Entiendo que recibiré una determinación por escrito sobre mi solicitud. Entiendo que, si estoy firmando en nombre de un menor, esta solicitud se vencerá cuando el menor cumpla 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. 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 (Privacy Office).