

Solicitud de Comunicación Confidencial

Debe completar este formulario si considera que estará en riesgo si HealthSCOPE Benefits se comunica con usted a la dirección del suscriptor, o si es un menor de edad que desea recibir trato confidencial según una ley estatal o federal vigente.

Una vez recibamos esta solicitud, enviaremos la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB), cartas y demás correspondencia escrita sobre su cuidado a la dirección alternativa que ha indicado en el formulario adjunto.

Hasta el momento en que informe a HealthSCOPE Benefits sobre su necesidad de comunicaciones confidenciales, enviaremos las Explicaciones de Beneficios sobre su cuidado al suscriptor y le enviaremos las cartas y demás correspondencia a la dirección del suscriptor.

Si solicita comunicaciones confidenciales, HealthSCOPE Benefits le enviará toda la correspondencia escrita y las Explicaciones de Beneficios a la dirección que proporcione y/o lo llamará al número de teléfono alternativo que suministre. Seguiremos haciéndolo hasta que nos informe por escrito algo distinto.

Si desea revocar su solicitud, debe completar un nuevo formulario donde indique que desea revocar su solicitud. Si cambia de domicilio o desea que HealthSCOPE Benefits se comunique de manera confidencial con usted a otra dirección, debe completar un nuevo formulario donde incluya la información de su nueva dirección. No puede actualizar su información a través del proceso usual de inscripción/requisitos de participación. Para proporcionarnos otra dirección o revocar una solicitud de comunicación confidencial anterior, debe llenar un nuevo formulario y enviar el formulario lleno a la dirección que aparece al final de este formulario.

Cuando complete este formulario:

- Llene todas las secciones en su totalidad
- Escriba toda la información en letra clara de imprenta
- Proporcione su información más actualizada

Tenga en cuenta: Si usted es un tutor o un representante de la persona designado por un tribunal, debe adjuntar copias de su autorización para representar a la persona para acceder a su Información de Salud Protegida.

Tenga en cuenta que solo podemos procesar su solicitud de comunicación confidencial relacionada con los beneficios administrados por HealthSCOPE Benefits. Para obtener una comunicación confidencial relacionada con sus beneficios no administrados por HealthSCOPE Benefits ni sus compañías afiliadas, debe comunicarse con la entidad que administra directamente dichos beneficios.

Solicitud de Comunicación Confidencial

(a una dirección alternativa o por medios alternativos)

Este formulario se utiliza para solicitar a HealthSCOPE Benefits que se comunique con usted a una dirección alternativa o por medios alternativos. Se debe llenar en su totalidad para garantizar un procesamiento rápido y correcto.

SECCIÓN 1: Información actual del miembro

Nombre del miembro _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono _____ - _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Masculino Femenino
MM DD AA

Parentesco con el suscriptor En nombre propio Cónyuge Hijo/a Otro (describa el tipo de parentesco) _____

SECCIÓN 2: Dirección alternativa

Indique la dirección o el número de teléfono donde desea recibir todas las comunicaciones futuras de HealthSCOPE Benefits sobre su cuidado.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono _____ - _____

Tenga en cuenta que, si elige una dirección alternativa, HealthSCOPE Benefits enviará todas las Explicaciones de Beneficios, cartas y demás comunicación escrita a esta dirección hasta cuando usted nos informe por escrito que desea que usemos otra dirección. No puede cambiar esta dirección a través del proceso de inscripción/requisitos de participación anual. Debe escribirnos nuevamente para cambiar su dirección o revocar su solicitud de trato confidencial.

Indique los medios alternativos por los que desea que HealthSCOPE Benefits se comunique con usted.

Solicito no enviar postales Otro (describa) _____

Indique el número de teléfono al que podemos comunicarnos si tenemos preguntas sobre este formulario. _____ - _____

(Continúa)

SECCIÓN 3: Firma del miembro y su representante personal

Firma autorizada de la persona, o del representante personal de la persona, para quien se solicita la comunicación confidencial.

Deseo que HealthSCOPE Benefits se comunique conmigo a la dirección, el número de teléfono, o de la manera que he indicado en la página anterior.

Firma del interesado _____ Fecha / /
MM DD AAAA

Firma del padre/representante personal (si corresponde) _____ Fecha / /
MM DD AAAA

Nombre del padre/madre/representante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ C.P. _____

Teléfono _____ - _____ Relación con la persona y autoridad para actuar a nombre de la persona _____

Importante: Se podría exigir que un representante personal, incluido un padre, tutor legal o albacea, adjunte una copia de documentación legal a este formulario de solicitud.

SECCIÓN 4: Información del suscriptor

Número de identificación _____ Número de grupo _____

Empleador _____ Nombre del suscriptor _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ C.P. _____

Teléfono _____ - _____

Tenga en cuenta que, al llenar este formulario, usted está solicitando que las comunicaciones sobre su cuidado se le envíen directamente a usted a una dirección o número de teléfono alternativos. No se le permitirá al suscriptor recibir ni acceder a su información.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO PARA SU ARCHIVO PERSONAL

Devuelva el formulario completado a: **HealthSCOPE Benefits**, Customer Service Privacy Unit, P.O. Box 8006, Wausau WI 54402

Fax: **888-742-4179**

