



Health Partners Plans

Solicitud de anulación/cancelación

Utilice este formulario para solicitar la modificación o la anulación de una solicitud previamente aprobada de restricción, de medios/lugares alternativos de comunicación o de autorización.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE ANULACIÓN/CANCELACIÓN

PARTE 1: información del miembro. En esta sección se debe mencionar al miembro de Health Partners Plans (HPP) que solicita la cancelación de una autorización. Escriba en letra de imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del miembro.

PARTE 2: información que se desea cancelar. Brinde información sobre la autorización que desea cancelar.

PARTE 3: revisión y aprobación. Se necesita la firma del *miembro*. Si el miembro no puede firmar el formulario, un representante personal puede hacerlo en su nombre. Se corroborará la autenticidad de los padres o tutores de menores usando información del estado. Un representante personal, como un albacea o una persona con poder notarial, puede firmar con su nombre en el lugar donde debería firmar el miembro. Los documentos legales que autoricen al representante personal a actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o estar archivados en HPP; de lo contrario, la firma del representante personal no tendrá validez y este formulario **NO** se procesará.

Complete TODAS las secciones. Si este formulario no está completo, Health Partners Plans lo devolverá y no considerará la solicitud hasta que haya recibido el formulario completo con toda la información.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

ENVÍE LOS FORMULARIOS DE CANCELACIÓN/ANULACIÓN A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono del Departamento de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe una carta a la siguiente dirección:

Health Partners Plans
HIPAA Privacy Services
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107
o
Por fax al: 267-515-6666

901 Market Street, Suite 500, Philadelphia, PA 19107
215-849-9606 HealthPartnersPlans.com

Solicitud de anulación/cancelación

PARTE 1: escriba en LETRA DE MOLDE la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad/Código postal:

Teléfono: ()

N.º de identificación del miembro:

PARTE 2: información que se desea anular/cancelar

Por el presente, solicito que Health Partners Plans cancele o anule lo siguiente. **(Marque todas las casillas que correspondan).**

Todas las autorizaciones para divulgar mi información médica protegida a terceros

Autorización específica con fecha del _____ por la cual se autorizaba a Health Partners Plans a proporcionar/divulgar información a _____

PARTE 3: firma

Entiendo que esta solicitud de anulación no afectará las medidas que Health Partners Plans haya tomado antes de haber recibido este formulario de anulación.

He leído y entiendo la información presentada.

Nombre del miembro o del representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es representante personal, indique cuál es su relación con el miembro:

Tenga en cuenta lo siguiente: para que esta solicitud se considere completa, se le pedirá que proporcione, si aún no lo hizo, documentación que valide la autoridad del representante personal, como una copia del poder notarial de atención médica, general o duradero. Si quien realiza esta solicitud es un padre/tutor, complete lo siguiente: El miembro/participante es un menor de ___ años. Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, para que se la considere completa, posiblemente solicitemos información adicional, como una orden judicial, documentación que valide la custodia u otros documentos legales que validen la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.