



US Health and Life

Solicitud de Comunicaciones confidenciales o Restricciones

Lea las instrucciones en la pág. 2 antes de completar este formulario. SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.

Se necesita un formulario por separado para cada miembro en la póliza o cobertura, según sea necesario. Escriba en letra de molde legible, o a máquina, excepto donde se necesita la firma.

Para pedir Comunicaciones confidenciales o Restricciones, complete la información de abajo, firme en el espacio que se da y devuélvalo a: US Health and Life Insurance Company ("USHL"), 800 Tower Drive, Suite 300 Troy MI, 48098, o Fax: (586) 693-4321

SECCIÓN A: Comunicaciones confidenciales (marque si la solicitud es para el suscriptor o el dependiente)

Nombre (Suscriptor Dependiente): _____

N.º de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento: / / Teléfono / /
MM DD AAAA

Dirección (alterna): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Período de tiempo para las comunicaciones: Del: / / Al: / /
MM DD AAAA MM DD AAAA

NOTA: Si no se da un período de tiempo, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el miembro o su representante legal avise a USHL por escrito, pidiendo un cambio.

SECCIÓN B: Restricciones (Protección con contraseña):

Contraseña 1: _____

Contraseña 2: _____

Tipo de restricción que se debe aplicar:

Reclamos Inscripción Primas Apelaciones

SECCIÓN C: Aprobación del miembro

Yo, _____ por la presente autorizo a US Health and Life Insurance Company ("USHL") para que ponga ciertas protecciones en mi cuenta e información médica personal ("PHI") de acuerdo con la solicitud en la Sección A o la Sección B. Entiendo que si no puedo darle a USHL las respuestas apropiadas basado en la solicitud de arriba en la Sección A o la Sección B, que es posible que no pueda acceder a cierta PHI y tenga que dar una prueba por escrito para reestablecer el acceso a mi cuenta y PHI.

Firma del miembro: _____ Fecha: / /
MM DD AAAA

Nombre en letra de molde: _____

INSTRUCCIONES

SOLICITUD PARA LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES O LAS RESTRICCIONES

(NOTA: Este formulario **no debe usarse** para el cambio de dirección de un miembro. Para el cambio de dirección de un miembro, comuníquese con Servicio al Cliente o a Inscripción)

Instrucciones generales: Se deben completar todos los campos, a menos que se indique lo contrario.

Este formulario debe completarse cuando un miembro quiere que se apliquen Comunicaciones confidenciales o Restricciones a su información. Las Comunicaciones Confidenciales se refieren a cuando un miembro pide que su PHI se redirija a una dirección, teléfono, fax o dirección de correo electrónico alterno con fines de confidencialidad. Las Restricciones se refiere a cuándo un miembro quiere proteger con contraseña cualquiera de los siguientes tipos de información: Reclamos, Inscripción, Prima y Apelaciones. Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese al teléfono de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación.

Sección A: Comunicaciones Confidenciales

Esta sección pide información relacionada con el miembro con el fin de establecer comunicaciones confidenciales según se define en las Instrucciones generales. Deben completarse todos los campos aplicables para establecer las comunicaciones confidenciales; de lo contrario, se *puede* denegar la solicitud de comunicaciones confidenciales.

Sección B: Restricciones

Los miembros deben usar esta sección solo si quieren aplicar la protección con contraseña de su cuenta al hacer consultas. USHL exige que el miembro dé dos (2) contraseñas. Además, esta sección le permite al miembro seleccionar qué tipo de información quiere proteger con sus contraseñas. Asegúrese de marcar la casilla junto a la información correspondiente que quiere que sus contraseñas protejan.

Sección C: Aprobación del miembro

Esta sección da aprobación a USHL de su parte (el miembro) para dar Comunicaciones confidenciales o Restricciones a su cuenta y PHI. Esta sección debe completarse para establecer Comunicaciones confidenciales o Restricciones, el miembro debe aceptar estos términos.

Envíe por correo este formulario a:

US Health and Life, Attn: Customer Service
800 Tower Drive
Suite 300
Troy, MI 48098

O envíelo por fax al: (586) 693-4321