

# Formulario de Solicitud de Revocación de Comunicaciones Confidenciales



## Deseo cancelar o revocar la Solicitud de Comunicaciones Confidenciales que proporcioné a Health Net, LLC en relación con:

- Comunicaciones (mensajes, alertas, etc.) de la cuenta
- Información médica
- Servicios para asuntos delicados

Esta revocación debe entrar en vigencia en la fecha que se indica a continuación.

Su información:			
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
Número de identificación del suscriptor:	Número de teléfono: <i>¿Adónde debemos llamarle si tenemos preguntas?</i>		
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo electrónico:			

Las leyes de California establecen: “Servicios para Asuntos Delicados significa: todos los servicios de atención de salud relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por abuso de sustancias, la atención para la afirmación del género y la violencia de pareja”.

### La información médica incluye:

- Alertas sobre Explicaciones de Beneficios (por sus siglas en inglés, EOB) e información sobre sus citas.
- Denegaciones de reclamos. Solicitudes de información adicional sobre los reclamos. Alertas sobre reclamos rechazados.
- El nombre y la dirección de su proveedor. Detalles de los servicios prestados y otra información sobre la consulta.

**Sé que mi información médica puede haber sido enviada a la línea de comunicaciones de respaldo preferida. También sé que esta derogación solo se aplica al consentimiento que solicité antes de las comunicaciones de respaldo.**

Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.	
Firma:	Fecha:

(continúa)

# Formulario de Solicitud de Revocación de Comunicaciones Confidenciales



Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa su relación a continuación. Si es representante personal del afiliado, descríbalo a continuación. Y envíenos copias de esos formularios (como un Poder Legal o una Orden de Tutela).

## Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre del representante personal: (Escriba con letra de molde)

## Describa la relación:

Relación con el afiliado: (Escriba con letra de molde)


## Firma del representante personal:

Firma:

Fecha:

Health Net dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que se indica a continuación. También puede llamar al número que se indica a continuación para obtener ayuda.


Envíe por correo o por fax este formulario completado a Health Net. Calcule que procesar su solicitud nos llevará 14 días como máximo.

 **Correo postal:** Health Net – Privacy Office  
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

 **Fax:** (818) 676-8314, Attention: Health Net Privacy Office

### ***¡Estamos aquí para ayudarle!***

Si tiene preguntas, llámenos o envíenos un correo electrónico.

 **Teléfono:** Consulte el número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

 **Correo electrónico:** [Privacy@HealthNet.com](mailto:Privacy@HealthNet.com)

### **¡Sugerencia!**

Si cambia su inscripción a otro plan, tendrá que volver a completar este formulario con su nuevo Número de Identificación de afiliado.

\*Health Net Community Solutions, Inc., Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance son subsidiarias de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

FRM640167SC01w (6/22)