Sentara Health Plans

ELIMINACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Debe completar este formulario si desea eliminar la autorización para que Sentara Health Plans use o divulgue la información de su plan de salud a su persona autorizada. Esta eliminación entrará en vigencia inmediatamente después de recibir este formulario completado en Sentara Health Plans.

** Envíe este formulario por correo a: Sentara Health Plans
Compliance PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
o envíe un correo electrónico a: shpprivacy@sentara.com.

Declaración de privacidad: Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser interceptados en su transmisión o desviados.

Paso 1: Complete la información demográfica de la persona que recibe los servicios.

1. _____ 2. _____
Nombre del miembro — Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

3. _____ 4. _____
Número de id. del miembro — Número de teléfono (especifique si es un teléfono celular)

5. _____
Domicilio, ciudad, estado y código postal

Paso 2: Díganos la autorización de quién elimina para usar o recibir la información de su plan de salud.

6. _____
Nombre de las personas autorizadas

7. _____
Domicilio de las personas autorizadas

Paso 3: Complete su acuse de recibo de que entiende lo siguiente:

- Al completar este formulario, la persona indicada ya no tendrá acceso a la información de su plan de salud.
- La eliminación de esta autorización no afectará sus beneficios o pagos de reclamos, ni la atención que se brinda con su plan de beneficios.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario firmado.

_____ _____
Firma de la persona que elimina la autorización — Fecha (MM/DD/AAAA)