

Solicitud de anulación de la restricción

Por la presente solicito anular las restricciones que con anterioridad se establecieron en mi información protegida de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones del plan de salud.

Describa la(s) restricción(es) que desee se anulen:

Escriba con letra de molde la siguiente información:

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de ID del afiliado: _____ Teléfono diurno: _____

Dirección: _____

Teléfono alternativo: _____

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____
(solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: _____

Tenga en cuenta que: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales (por ej., poder notarial para asuntos relacionados con la atención de la salud, suplencia en asuntos relacionados con la atención de la salud, testamento en vida o documentos de tutela).

Para evitar retrasos en la atención a su solicitud, verifique que todos los campos de este formulario se hayan completado adecuadamente. Si falta información, le devolveremos la solicitud para que la complete. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio.

Envíe este formulario a:

Humana
Attn: Privacy Office
P.O. Box 1438
Louisville, KY 40202-1438

Humana[®]

Humana.com



Humana se registrará por las formas más estrictas de todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales.

AnularRestricciones 4/08

GCHHQLZSP 1013

Solamente para uso de Humana