

POR FAVOR, LEA CON CUIDADO ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO

El UHH Alaska Plan envía por correo postal documentos con su información de salud protegida (como la Explicación de Beneficios) a la dirección del miembro (empleado cubierto). También confiamos en la información de los registros de miembros cuando nos comunicamos con usted por teléfono.

Si esto pudiera ponerlo en peligro, use este formulario para solicitar comunicaciones confidenciales. Esto significa que le enviaremos sus documentos importantes de atención médica a una dirección alternativa o que nos pondremos en contacto con usted a un número de teléfono alternativo. Una vez que recibamos su formulario completo, le enviaremos por correo dentro de los 10 días hábiles un aviso que explica si su solicitud ha sido aprobada o denegada.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. Utilice un formulario por persona; llénelo completamente, fírmelo y póngale la fecha.
2. Su representante personal puede solicitar comunicaciones confidenciales para usted. Un representante personal es alguien que tiene autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por usted (como un poder notarial o una tutela). Los documentos que prueben su autoridad legal deben estar archivados con el UHH Alaska Plan o incluidos con este formulario.
3. Marque esta casilla para darnos un nuevo número de teléfono o dirección alternativos.
4. Marque esta casilla para finalizar una solicitud de comunicación confidencial anterior.

CÓMO ENVIAR ESTE FORMULARIO

PARA ASISTENCIA, LLAME:

» Correo electrónico:

UHHAlaskamember@magnacare.com

(Por favor, tenga en cuenta que si envía por correo electrónico información personal a en UHH Alaska Plan, no podemos garantizar que sea segura o privada hasta que la recibamos.)

» Fax:

702-216-0885

» Correo postal:

Privacy Officer (*Oficial de Privacidad*)
UHH Alaska Plan
1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada
89104-1309

844-427-8501

y pregunte por el Oficial de Privacidad

PASO 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (*Empleado*)

Nombre		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
No. de identificación de miembro (<i>en la tarjeta de identificación</i>)	Dirección		
Teléfono	Ciudad	Estado	Código postal

PASO 2: INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

Nombre	Relación con el miembro	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Póngase en contacto conmigo en el siguiente número de teléfono y/o dirección.	Dirección		
Teléfono	Ciudad	Estado	Código postal

PASO 3: FIRMA

Nombre de la persona que llena el formulario	Relación con el miembro	Teléfono
Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)	