



SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene derecho a solicitar que le comuniquemos la totalidad o parte de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) por medios alternos o a un lugar alternativo para evitar ponerle en peligro. Accederemos a su solicitud si (a) es razonable, (b) indica claramente que, el hecho de no comunicar su información protegida de salud por los medios alternos o a la ubicación alterna podría ponerle en peligro, y (c) proporciona un medio o ubicación alternos razonable para comunicarnos con usted.

Yo, _____, con Número de Contrato: _____
Nombre

solicito que MCS Healthcare Holdings, LLC. Envíe mi Información Protegida de Salud utilizando el siguiente método alternativo o ubicación/dirección alternativa:

¿Podría ponerla en peligro el hecho de que no comuniquemos su Información Protegida de Salud por los medios alternativos, o a en lugar alterno, especificados anteriormente? [] SI [] NO

Entiendo y acepto lo siguiente:

- MCS no está obligado por ley a aceptar mi solicitud, pero hará todo lo posible por atender las solicitudes razonables de medios de comunicación alternativos.
- MCS enviará toda mi información médica a la dirección indicada anteriormente, si procede.
- Debo notificar a MCS si deseo modificar esta información. Esta solicitud es válida hasta que presente una revocación o una nueva solicitud. Esta solicitud caducará dieciocho (18) meses después de que haya finalizado mi cubierta de beneficios.
- Este formulario solo se aplica a las comunicaciones de MCS y no se aplica a las comunicaciones que pueda recibir de otras entidades.
- La solicitud solo se aplica a su cubierta actual. Si cambia algún dato de su cobertura, deberá presentar un nuevo formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales. Los cambios pueden incluir un nuevo numero de grupo o de afiliado o modificaciones en la cubierta de beneficios.

Certifico que he leído la información que antecede y que necesario que la comunicación sobre mi información protegida de salud se envíe por el método alterno indicado anteriormente porque considero que cualquier otro método de comunicación podría ponerme en peligro.

Suscriptor o Representante Autorizado Firma Fecha

Testigo (Si es necesario) Firma Fecha

Para uso de la Unidad de Privacidad solamente

Solicitud aprobada Solicitud denegada

Si es denegada, especifique la razón (marcar una):

La solicitud no es razonable de acomodar Dirección alternativa o contacto no facilitado

Otro (favor explique): _____

Representante de la Unidad de Privacidad

Firma

Fecha

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS遵守適用的

聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).注意：如果您

使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182)。

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.