

Solicitud de revocación/cancelación

Use este formulario para solicitar un cambio o una revocación de una Solicitud de restricción, Solicitud de comunicaciones alternativas o Autorización previamente aprobadas.

Instrucciones para completar este formulario de revocación/cancelación

Parte 1: Información del miembro. Esta sección debe nombrar al miembro de Jefferson Health Plans Medicare que solicita la cancelación de una autorización. Escriba en letra de imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono del miembro, y el número de identificación de miembro.

Parte 2: Información que se cancelará. Proporcione información sobre la autorización que desea cancelar.

Parte 3: Revisión y aprobación. Se requiere *la firma del miembro*. Si el miembro es incapaz de firmar, un representante personal puede firmar en nombre del miembro. Se confirmará a los padres o tutores de menores de edad utilizando la información del estado. Un representante personal, como un albacea o alguien con un poder notarial, puede firmar con su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que demuestren la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o archivarse en Jefferson Health Plans Medicare; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Complete TODAS las secciones. Si la información de este formulario no está completa, Jefferson Health Plans Medicare devolverá el formulario y no considerará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto

ENVÍE SU(S) FORMULARIO(S) DE CANCELACIÓN/REVOCACIÓN A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicio de atención al miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

**Jefferson Health Plans
Privacy Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
o por fax: 267-515-6666**



Solicitud de revocación/cancelación
Todos los campos son obligatorios.

Parte 1: Escriba en LETRA DE IMPRENTA la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
N.º de identificación del miembro:	

PARTE 2: Información que se revocará/cancelará

Por el presente solicito que Jefferson Health Plans Medicare cancele o revoque lo siguiente.
(Marque todas las casillas que correspondan).

Todas las autorizaciones para divulgar mi información médica protegida a cualquier tercero.

Todas las solicitudes de restricción de mi información médica protegida a cualquier tercero.

Autorización específica con fecha _____ que autorizó a Jefferson Health Plans Medicare a divulgar/revelar información a:

Nombre del destinatario u organización:	Relación con el miembro:
Dirección:	Teléfono:
	Fax:

Autorización específica con fecha _____ que autorizó a Jefferson Health Plans Medicare a divulgar/revelar información a:

Nombre del destinatario u organización:	Relación con el miembro:
Dirección:	Teléfono:
	Fax:



Solicitud de revocación/cancelación
Todos los campos son obligatorios.

PARTE 3: Firma

Entiendo que esta solicitud de revocación no afectará ninguna acción que Jefferson Health Plans Medicare realizó antes de recibir este formulario de revocación.

He leído y comprendo la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante personal, indique su relación con el miembro: _____

Tenga en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, requeriremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial para atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre, la madre o el tutor realizan esta solicitud, complete lo siguiente: El miembro/participante es menor de _____ años de edad. Si presenta esta solicitud en nombre de un hijo menor de edad, es posible que necesitemos información adicional, como una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro antes de que esta solicitud se considere completa.