

6. Comprendo lo siguiente:

- a. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento escribiendo a Aetna Better Health. Si ya se ha divulgado información antes de que cancele mi autorización, el hecho de cancelarla solo prevendrá divulgaciones adicionales.
Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Attn: Privacy Officer
3200 Highland Avenue F661
Downers Grove, IL 60515
- b. Aetna Better Health no toma decisiones sobre el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad en función de la presente autorización.
- c. Los individuos/las organizaciones que figuren en la sección 4 pueden volver a divulgar la información (excepto aquella sobre drogas y alcohol) que yo comparta en virtud de la presente autorización, y dicha información puede dejar de estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- d. Aetna Better Health, sus programas, servicios, empleados, agentes y contratistas no tienen ninguna responsabilidad legal por divulgar mi información en la medida indicada y autorizada.
- e. Puedo negarme a firmar esta autorización.

* * * * *

Marque "Sí" o "No/no corresponde" en la sección 4.1 antes de firmar.

Firma de la persona o del representante personal

Fecha

Si usted es el representante personal, indique su relación con la persona: _____

Firma del testigo

Fecha

Si la persona es físicamente incapaz de firmar, es necesaria la firma de un segundo testigo.

Firma del segundo testigo

Fecha

Si la persona recibe ayuda del proveedor, proporcione la siguiente información adicional a continuación:

Nombre del proveedor: _____ Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Número de identificación fiscal: _____

Envíe los formularios completados a la siguiente dirección:

Fax: 855-259-2087

Correo:

Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Attn: Member Services
3200 Highland Avenue F661
Downers Grove, IL 60515

Correo electrónico:

AetnaBetterHealthIL-MemberServices@AETNA.com

¿Tiene preguntas? Llámenos al 1-866-600-2139.