

Authorization to Disclose Protected Health Information (PHI)

Under Federal and State privacy laws, Centivo is authorized to use or disclose your health information for payment, treatment and healthcare operations and as required by law. For uses and disclosures other than these purposes, your written authorization is required before sharing your health information. This includes sharing your health information with your spouse, relatives, employer, etc. This form allows you to authorize Centivo to use or disclose your health information, including HIV-related information, to those individuals or entities you specify.

Please read before completing this form.

- Incomplete authorizations will be considered invalid and will not be accepted. Incomplete authorizations will be returned. **An asterisk (*) is used to denote the required fields in this form.**
- Completion of this authorization form is voluntary. You may refuse to sign this form, but then Centivo will not be able to release your information.
- A copy of this authorization will be available to you, but you should retain a copy for your records.
- Signing or not signing this form will not affect any payment, enrollment or eligibility for benefit decisions made by Centivo.
- If the person or entity receiving this information is not a healthcare provider or health plan covered by federal privacy regulations, the information described in this authorization may be disclosed to other individuals or institutions and no longer protected by these regulations.
- You may revoke this authorization in writing at any time by sending Centivo a letter or calling Centivo Member Care using the number provided on your Centivo member ID card.

The completed form and all required attachments can be attached to a message in the Centivo app or member portal, faxed to 716-219-8796 or mailed to:

Centivo
Attention: HIPAA Authorization Form
199 Scott St, Suite 800
Buffalo, NY 14204

If you have any questions, please contact Centivo Member Care using the number listed on the back of your Centivo member ID card.

SECTION A

Member information*

Name:*

DOB:*

Member ID:*

SECTION B

Authorized individuals* (at least one individual is required)

Please list the individuals and/or entities that you are authorizing to view or receive your health information. If more space is required to list individuals or entities, please attach an additional page.

(1) Name:*

Relationship:*

Phone #:*

(2) Name:

Relationship:

Phone #:

(3) Name:

Relationship:

Phone #:

SECTION C

Information that can be released*

Please indicate if you authorize the release of the health information maintained by Centivo to the individuals listed above. If more space is needed to describe the information that can be released, please attach an additional page.

	Authorize (check box):	Decline (Initial):
Alcohol and/or substance use disorder		
HIV-related		
Pregnancy/reproductive/abortion		
Mental health (provided its permissible under HIPAA)		
Sexually transmitted diseases		
Genetic testing		
Other: _____		

SECTION D

Scope of authorization* (please check any that apply)

The individual(s) in Section B may:

Discuss verbally your health information with Centivo.

Inspect and obtain copies of your health information from Centivo.

Submit a medical claim or appeal for coverage on your behalf.

Change your primary care doctor, phone number and address maintained by Centivo.

Have full access to your health information through the Centivo app and member portal (as applicable).

Have partial access to your health information through the Centivo app and member portal (as applicable):

The individual(s) can assign or change your primary care doctor or submit a referral notification on your behalf (as applicable), but can't view your healthcare claims or messages from Centivo Member Care pertaining to your healthcare claims.

Have no access to your health information through the Centivo app or member portal (as applicable).

SECTION E

Purpose and time period

Unless noted below, the authorized party or parties in Section B can obtain your health information upon their request and from the start date of your plan coverage with Centivo.

Purpose: _____

Time period — only release health information concerning dates of service from _____ to _____

SECTION F

Expiration

Unless noted below, this authorization will expire 90 days after termination of your enrollment; upon your death; in the case of a minor, when the named minor reaches the age of eighteen (18) years; or if Centivo receives a letter canceling this authorization.

Authorization will expire: On the following date (insert date): _____
On the following event (specify): _____

SECTION G

Personal representative information

Complete this section if you're a personal representative that is acting on behalf of a member. You must include a copy of one of the following documents as proof of your legal representation and authority:

- Valid healthcare proxy
- Certificate of guardianship issued by the member's Supreme or Surrogate Court
- Surrogate decision maker appointed pursuant to Family Health Care Decisions Act (FHCDA)

If the member is deceased, please submit a copy of one of the following:

- Administrator's or Executor's Certificate
- Surviving Spouse's Certificate issued by the member's Surrogate Court

Name: Relationship: Phone #:

SECTION H

Signature/date*

Please read the following carefully before you sign, and refer to page 4 for additional information.

By signing this form, I understand the following: (1) if the entity authorized to receive my health information is not a health plan, healthcare provider or other covered entity as described by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule, the released information may no longer be protected by federal privacy laws, rules and regulations; (2) the information disclosed will only include mental health, alcohol and substance abuse, HIV-related information, sexually transmitted disease, abortion and/or genetic testing information if I specifically direct Centivo to release that information; (3) By signing this form, you're confirming that any reproductive health Protected Health Information (PHI) you're permitting Centivo to disclose is not for any of the prohibited reasons defined in the HIPAA Privacy Rule: 45 CFR 164.502(a)(5)(iii). (4) I am not required to sign this form, but if I do not sign this form, it will not be considered valid, it will be returned to me and no information will be released by Centivo; (5) I may revoke this authorization at any time by notifying Centivo in writing; (6) if I do revoke this authorization, my revocation will have no effect on any actions Centivo took according to this authorization before Centivo received my revocation; and (7) it is my choice whether I sign this form and signing or not signing this authorization will not affect any payment, enrollment, or eligibility for benefit decisions made by Centivo.

I sign this authorization under penalty of perjury and attest that the information contained in this authorization is true and correct and may be relied upon by Centivo.

Signature of member or personal representative* Date*

Date*

Sensitive information

- **Alcohol and substance abuse information:** By initialing the appropriate box on this form, alcohol and substance abuse information can be provided to the individuals listed by you on this form. If information is disclosed from alcohol or substance abuse records protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), these rules prohibit the recipient from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by these rules.
- **HIV-related information:** By initialing the appropriate box on this form, HIV-related information can be provided to the individuals listed by you on this form. HIV-related information is any information indicating that a person has had an HIV-related test, or has HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or any information that could indicate a person has been potentially exposed to HIV.

Under New York state law, HIV-related information can only be given to people you allow to have it by signing a written release. This information may also be released to the following: health providers caring for you or your exposed child; health officials when required by law; insurers to permit payment; authorized agencies involved in foster care or adoption; official correctional, probation and parole staff; emergency or health care staff who are accidentally exposed to your blood; special court order; attorney assigned to represent a minor or by an executor or administrator of an estate (Public Health Law §2782). Under state law, anyone who illegally discloses HIV-related information may be punished by a fine of up to \$5,000 and a jail term of up to one year. However, some re-disclosures of medical and/or HIV-related information are not protected under federal law. For more information about HIV confidentiality, call the New York State Department of Health HIV Confidentiality Hotline at 1-800-962-5065; for information regarding federal privacy protection, call the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019.
- **Pregnancy and reproductive information:** By initialing the appropriate box on this form, information relating to pregnancy and reproductive health can be provided to the individuals listed by you on this form. Information regarding pregnancy and reproductive health cannot be disclosed, even to a parent or guardian of a minor patient, without the specific authorization of the patient (Public Health Law §17).
- **Mental health information:** By initialing the appropriate box on this form, mental health information can be provided to the individuals listed by you on this form. Mental health information, including a patient's clinical records and information can be released, with your consent or the consent of someone authorized to act on your behalf, to those authorized agencies listed by you on this form who have a demonstrable need for such information provided such disclosure will not reasonably be expected to be detrimental to you or others (Mental Hygiene §33.13).
- **Sexually transmitted diseases:** By initialing the appropriate box on this form, information regarding sexually transmitted disease can be provided to the individuals listed by you on this form. Parents may access most of their child's medical records until the child turns 18, with the exception of information relating to the diagnosis and treatment of sexually transmitted disease (Public Health Law §17). Such information cannot be released to any party, including the child's parent or guardian, without the child's specific authorization.
- **Genetic testing:** By initialing the appropriate box on this form, genetic testing information can be provided to the individuals listed by you on this form. Genetic testing information includes any information relating to laboratory tests of human DNA, chromosomes, genes or gene products to diagnose a predisposition to a genetic disease of disability in the individual or offspring (Civil Rights Law §79-l). Genetic testing information shall not be released without your specific consent with the exception of information released to a health insurer or health maintenance organization for the purpose of claims administration.

Nondiscrimination statement and language assistance services

English: This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Centivo. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call Centivo Member Care using the number listed on the back of your Centivo member ID card. Centivo complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Spanish: Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud cobertura a través de Centivo. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Hable al Centivo Member Care usando el número listado detrás de su tarjeta de miembro de identificación de Centivo. Centivo cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Discrimination is against the law

Centivo complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Centivo does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Centivo:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - o Qualified sign language interpreters
 - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, contact Centivo Member Care using the number listed on the back of your Centivo member ID card.

If you believe that Centivo has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with Centivo at: 199 Scott St, Suite 800, Buffalo, NY 14204; or call Centivo using the number listed on the back of your Centivo member ID card. You can file a grievance by mail. If you need help filing a grievance, Centivo Member Care is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



CONFIDENTIAL

© 2025 Centivo Corporation.

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

Según las leyes de privacidad federales y estatales, Centivo está autorizado a usar o divulgar su información de salud para operaciones de pago, tratamiento y atención médica y según lo exija la ley. Para usos y divulgaciones que no sean estos propósitos, se requiere su autorización por escrito antes de compartir su información de salud. Esto incluye compartir su información de salud con su cónyuge, familiares, empleador, etc. Este formulario le permite autorizar a Centivo a usar o divulgar su información de salud, incluida la información relacionada con el VIH, a las personas o entidades que especifique.

Por favor lea antes de completar este formulario.

- Las autorizaciones incompletas se considerarán inválidas y no serán aceptadas. Las autorizaciones incompletas serán devueltas. **Un asterisco (*) se utiliza para indicar los campos obligatorios en este formulario.**
- Completar este formulario de autorización es voluntario. Puede negarse a firmar este formulario, pero luego Centivo no podrá divulgar su información.
- Estará disponible para usted una copia de esta autorización, pero debe conservar una copia para sus registros.
- Firmar o no firmar este formulario no afectará ningún pago, inscripción o elegibilidad para las decisiones del beneficio tomadas por Centivo.
- Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita en esta autorización puede divulgarse a otras personas o instituciones y dejar de estar protegida por estas regulaciones.
- Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una carta a Centivo o llamando al Centivo Member Care utilizando el número provisto en su tarjeta de identificación de miembro de Centivo.

El formulario completado y todos los adjuntos requeridos pueden adjuntar a un mensaje en el Portal o la aplicación para miembros de Centivo, por fax al 716-219-8796 o por correo a:

Centivo
Attention: HIPAA Authorization Form
199 Scott St, Suite 800
Buffalo, NY 14204

Si tiene alguna pregunta, llame al Centivo Member Care, al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Centivo.

SECCIÓN A

Información de miembro*

Nombre:*

Fecha de nacimiento:*

Identificación de miembro:*

SECCIÓN B

Individuos autorizados* (se requiere al menos un individuo)

Enumere las personas y/o entidades que usted está autorizando para ver o recibir su información de salud. Si se requiere mas espacio para enumerar personas o entidades, adjunte una página adicional.

(1) Nombre:*

Relación:*

Número de teléfono:*

(2) Nombre:

Relación:

Número de teléfono:

(3) Nombre:

Relación:

Número de teléfono:

SECCIÓN C

Información que se puede divulgar*

Indique si autoriza la revelación de la información médica conservada por Centivo a las personas listadas arriba. Si necesita más espacio para describir la información que puede revelarse, adjunte una página adicional.

	Autorizar (marque la casilla):	No autorizar (escriba sus iniciales):
Trastorno por consumo de alcohol o sustancias Relacionada con el VIH Embarazo/reproducción/aborto Salud mental (siempre que esté permitido por la HIPAA) Enfermedades de transmisión sexual Pruebas genéticas		
Otro:		

SECCIÓN D

Alcance de la autorización* (marque cualquiera que corresponda)

Los individuos en la Sección B pueden:

Analizar verbalmente su información de salud con Centivo.

Inspeccionar y obtener copias de su información de salud de Centivo.

Presentar un reclamo médico o una apelación sobre cobertura en su nombre.

Cambiar su médico de atención primaria, número de teléfono y dirección mantenida por Centivo.

Tener acceso completo a su información de salud a través de la aplicación Centivo y el portal para miembros (según corresponda).

Tener acceso parcial a su información de salud a través de la aplicación Centivo y el portal para miembros (según corresponda): Los individuos pueden asignar o cambiar a su médico de atención primaria o enviar una notificación de referencia en su nombre (según corresponda), pero no pueden ver sus reclamos de atención médica o los mensajes del Centivo Member Care relacionados con sus reclamos de atención médica.

No tener acceso a su información de salud a través de la aplicación Centivo o el portal para miembros (según corresponda).



CONFIDENTIAL

SECCIÓN E

Propósito y período de tiempo

A menos que se indique a continuación, la parte o partes autorizadas en la Sección B pueden obtener su información de salud a pedido de ellos y desde la fecha de inicio de la cobertura de su plan con Centivo.

Propósito: _____

Período de tiempo (insertar la fecha):

Solo divulgue información de salud sobre fechas de servicio desde _____ hasta _____

SECCIÓN F

Vencimiento

A menos que se indique a continuación, esta autorización caducará 90 días después de la finalización de su inscripción; cuando usted muera; en el caso de un menor, cuando el menor nombrado alcance la edad de dieciocho (18) años; o si Centivo recibe una carta cancelando esta autorización.

Esta autorización caducará: En la siguiente fecha (insertar fecha): _____

En el siguiente evento (especifique): _____

SECCIÓN G

Información del representante personal

Complete esta sección si es un representante personal que actúa en nombre de un miembro. Debe incluir una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de su representación legal y autoridad:

- Poder válido de asistencia médica
- Certificado de tutela emitido por la Corte Suprema o el Tribunal de Sucesiones del miembro
- Responsable sustituto designado de conformidad con la Ley de Decisiones de Atención Médica Familiar (Family Health Care Decisions Act, FHCA)

Si el miembro ha fallecido, envíe una copia de uno de los siguientes:

- Certificado del administrador o ejecutor
- Certificado de cónyuge sobreviviente emitido por el Tribunal de Sucesiones del miembro

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN H

Fecha de firma*

Lea atentamente lo siguiente antes de firmar y consulte la página 4 para obtener información adicional.

Con la firma de este formulario, entiendo que: (1) si la entidad autorizada para recibir mi información médica no es un plan médico, proveedor de atención médica u otra entidad cubierta según lo descrito por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la información revelada puede dejar de estar protegida por las leyes, normas y reglamentos federales de privacidad; (2) la información revelada solo incluirá información relacionada con salud mental, consumo de alcohol y sustancias, VIH, enfermedades de transmisión sexual, aborto o pruebas genéticas si indico específicamente a Centivo que revele esa información; (3) Con la firma de este formulario, usted confirma que cualquier Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) relacionada con la salud reproductiva que autorice a Centivo a revelar no será utilizada para ninguno de los fines prohibidos definidos en la Regla de Privacidad de la HIPAA: [45 CFR 164.502\(a\)\(5\)\(iii\)](#). (4) No estoy obligado a firmar este formulario pero, si no lo firmo, no se considerará válido, me será devuelto y Centivo no revelará ninguna información; (5) puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Centivo por escrito; (6) si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá efecto sobre las acciones que Centivo haya tomado conforme a esta autorización antes de recibir mi revocación; y (7) firmar este formulario o no firmarlo es mi decisión y no afectará ninguna decisión relacionada con pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios por parte de Centivo.

Firmo esta autorización bajo pena de perjurio y certifico que la información contenida en esta autorización es verdadera y correcta y que Centivo puede confiar en ella.

Firma del miembro o representante personal*

Fecha*

Información sensible

- **Información sobre abuso de alcohol y sustancias:** Al inicializar la casilla correspondiente en este formulario, se puede proporcionar información sobre abuso de alcohol y sustancias a las personas que usted enumere en este formulario. Si se divulga información de registros de abuso de alcohol o sustancias protegidas por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2), estas reglas prohíben que el destinatario realice cualquier divulgación adicional de esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o la autorización adicional lo permita expresamente.
- **Información relacionada con el VIH:** Al inicializar la casilla correspondiente en este formulario, la información relacionada con el VIH puede ser proporcionada a las personas enumeradas por usted en este formulario. La información relacionada con el VIH es cualquier información que indique que una persona se ha sometido a una prueba relacionada con el VIH, o tiene infección por VIH, enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH. Según la ley del estado de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo se puede proporcionar a las personas a las que les permita firmando un comunicado por escrito. Esta información también puede divulgarse a los siguientes: proveedores de atención médica que lo cuidan a usted o a su hijo expuesto; funcionarios de salud cuando lo exige la ley; aseguradoras para permitir el pago; agencias autorizadas involucradas en la acogida temporal o la adopción; personal oficial correccional, de libertad vigilada y en libertad condicional; personal de emergencia o de atención médica que se exponga accidentalmente a su sangre; orden especial de la corte; abogado asignado para representar a un menor o por un albacea o administrador de un patrimonio (Ley de Salud Pública §2782). Según la ley estatal, cualquier persona que divulgue ilegalmente información relacionada con el VIH puede ser castigada con una multa de hasta \$5,000 y una pena de prisión de hasta un año. Sin embargo, algunas revelaciones de información médica y/o relacionadas con el VIH no están protegidas por la ley federal. Para obtener más información sobre la confidencialidad del VIH, llame a la línea directa de confidencialidad del VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-962-5065; para obtener información sobre la protección de la privacidad federal, llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019.
- **Embarazo e información reproductiva:** Al inicializar la casilla correspondiente en este formulario, la información en relación con el embarazo y la salud reproductiva se puede proporcionar a las personas que usted enumera en este formulario. La información sobre el embarazo y la salud reproductiva no puede divulgarse, incluso a un padre o tutor de un paciente menor, sin la autorización específica del paciente (Ley de Salud Pública §17).
- **Información de salud mental:** Al inicializar la casilla correspondiente en este formulario, la información de salud mental puede ser proporcionado a las personas enumeradas por usted en este formulario. La información de salud mental, incluidos los registros clínicos y la información de un paciente, se puede divulgar, con su consentimiento o el consentimiento de alguien autorizado para actuar en su nombre, a las agencias autorizadas que usted enumeró en este formulario y que tienen una necesidad demostrable de dicha información proporcionada, no se espera razonablemente que la divulgación sea perjudicial para usted u otras personas (Higiene mental §33.13).
- **Enfermedades de transmisión sexual:** Al inicializar la casilla correspondiente en este formulario, la información sobre la enfermedad de transmisión sexual se puede proporcionar a las personas enumeradas por usted en este formulario. Los padres pueden acceder a la mayoría de los registros médicos de sus hijos hasta que cumplan 18 años, con la excepción de la información relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (Ley de Salud Pública §17). Dicha información no se puede divulgar a ninguna de las partes, incluidos los padres o tutores del niño, sin la autorización específica del niño.
- **Prueba genética:** Al inicializar la casilla correspondiente en este formulario, se puede proporcionar información sobre pruebas genéticas a las personas enumeradas por usted en este formulario. La información sobre pruebas genéticas incluye cualquier información relacionada con pruebas de laboratorio de ADN humano, cromosomas, genes o productos genéticos para diagnosticar una predisposición a una enfermedad genética de discapacidad en el individuo o la descendencia (Ley de Derechos Civiles §79-l). La información de las pruebas genéticas no se divulgará sin su consentimiento específico, con la excepción de la información divulgada a una aseguradora de salud u organización de mantenimiento de la salud a los fines de la administración de reclamos.

Declaración de no discriminación y servicios de asistencia lingüística

Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Centivo. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Hable al Centivo Member Care usando el número listado detrás de su tarjeta de miembro de identificación de Centivo. Centivo cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

La discriminación es contra la ley

Centivo cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Centivo no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Centivo:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centivo Member Care utilizando el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Centivo.

Si cree que Centivo no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Centivo en: 199 Scott St, Suite 800, Buffalo, NY 14204; o llame a Centivo usando el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Centivo. Puede presentar una queja por correo. Si necesita ayuda para presentar una queja, Centivo Member Care está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.)
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



CONFIDENTIAL