Solicitud para acceder a la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Por medio de la presente, solicito el acceso a mi información protegida de salud, que CarePlus conserva en un conjunto de registro(s) específico(s). CarePlus estudiará la solicitud y me contestará en un plazo de 30 a 60 días. Si CarePlus necesita una extensión más allá de los 30 días, yo recibiré aviso en ese momento. En caso de rechazo de mi solicitud, CarePlus me enviará una explicación por escrito de los motivos del rechazo.

Declare la información solicitada (por ejemplo, las fechas de servicio o la información de las reclamaciones de períodos específicos) y el período de la información solicitada:

Información **Período**

_____ desde _____ hasta _____

_____ desde _____ hasta _____

_____ desde _____ hasta _____

Indique el método preferido para satisfacer esta solicitud:

- ☐ Envío por correo a la dirección que aparece a continuación.
- ☐ Inspección personal de la información en una oficina de CarePlus. Pueden ponerse en contacto conmigo en el siguiente número de teléfono diurno: _____
- ☐ Envío seguro a mi dirección de correo electrónico: _____
- ☐ Envío a través del método solicitado: _____

CarePlus puede cobrar gastos por suministros, trámites, copias y franqueo.

Complete con letra de molde la siguiente información:

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID del afiliado: _____ Teléfono diurno: _____

Dirección: _____

Teléfono alternativo: _____

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____
(*solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: _____

Tenga en cuenta: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales, por ejemplo, poder notarial para servicios de salud, suplencia en asuntos relacionados con servicios de salud, testamento en vida o documentos de tutela.

Para evitar retrasos en la atención a su solicitud, verifique que todos los campos de este formulario se hayan completado adecuadamente. Si falta información, le devolveremos la solicitud para que la complete. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio.

Envíe este formulario a:
Privacy Office
P.O. Box 1438
Louisville, KY 40202-1438

CarePlus cumplirá las más estrictas normas y leyes federales y estatales. Restricciones de acceso solo para uso de CarePlus

CarePlus
HEALTH PLANS™