

Solicitud de enmienda

de información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Por la presente solicito enmendar mi información protegida de salud que CarePlus ha creado y mantenido. Sin embargo, entiendo que CarePlus puede denegar mi solicitud si CarePlus no generó ni mantuvo la información o si la información es correcta y está completa.

Describa la información protegida de salud que usted cree que es incorrecta o está incompleta. Incluya a la(s) persona(s) que deba(n) recibir aviso de la información enmendada:

CarePlus mantiene el derecho de tomar una determinación en relación con la solicitud y notificarle la decisión en un plazo de 60 días. Si CarePlus necesita una extensión de 30 días, usted recibirá aviso en ese momento.

Si CarePlus deniega su solicitud de enmienda, usted recibirá una respuesta por escrito con los motivos de la denegación. Usted tiene el derecho de presentar por escrito una declaración de desacuerdo con la denegación del Plan y su solicitud será reconsiderada.

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.

SolicitarEnmienda 4/08

Solo para uso de CarePlus

FLHJEBZSP 0721



CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.