

Solicitud de comunicaciones alternativas

Por medio de la presente, solicito que la información protegida de salud que se detalla a continuación se envíe por medios alternativos o a una ubicación alternativa para evitar una situación que amenaza la vida. Entiendo que CarePlus puede poner condiciones a la solicitud basadas en los acuerdos de pago y en información específica acerca de la dirección alternativa o al método de contacto.

Comprendo que CarePlus hará un esfuerzo razonable y de buena fe para satisfacer mi solicitud de entrega de la información por un medio o método alternativo. Sin embargo, CarePlus continuará pagando las reclamaciones y llevando a cabo operaciones normales del plan, las cuales pueden tener impacto en la acumulación de beneficios (cantidades del deducible, gastos de desembolso personal, etc.) y aparecerán en el aviso de Explicación de beneficios para el resto de miembros de la familia en el plan.

Describa la situación específica y la información que requiere el método de comunicación alternativo:

Describa el método preferido para satisfacer su solicitud:

¿Qué tiempo desea que dure esta comunicación alternativa? _____

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.

Solo para uso de CarePlus

FLHJEBYSP 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.