

Solicitud de registro de las divulgaciones

Por medio de la presente, solicito un registro de las divulgaciones que haya realizado CarePlus por razones que no tienen relación con el tratamiento, el pago, las operaciones del plan de salud y ciertas actividades permitidas, según se describe en el "Aviso de prácticas de privacidad" de CarePlus. CarePlus no está obligada a proveer divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.

Entiendo que CarePlus tiene 60 días desde la recepción de esta solicitud para proveerme la información, incluido lo siguiente:

- Fecha(s) de la divulgación
- Nombre de la entidad que recibe la información protegida de salud, incluida la dirección, si se conoce
- Breve descripción de la información de salud divulgada
- Breve descripción del motivo de la divulgación

Si CarePlus no puede proveer esta información en el plazo de 60 días, entiendo que CarePlus me enviará una notificación por escrito del motivo del retraso. El período adicional de respuesta no excederá los 30 días.

La primera solicitud de un registro de divulgaciones en cualquier período de 12 meses no tendrá cargo. CarePlus puede imponer un cargo razonable basado en los costos por cualquier solicitud adicional dentro del período de 12 meses.

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 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.