

# 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

FLHJEBWSP 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.

