

# SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIÓN



---

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud le da derecho a solicitar un informe sobre cómo compartimos su información de salud. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") le dirán con quién, dónde y por qué la compartimos, y de qué tipo de información se trató.

Desde el plan de salud no es necesario que le den explicaciones sobre la información que le brindaron a usted o la persona que lo cuida, o sobre la información que usted nos autorizó a compartir. Tampoco es necesario que le indiquemos qué información compartimos para coordinar su tratamiento, el pago de reclamos o las operaciones de atención médica. Para obtener una descripción de estas actividades, lea el Aviso de prácticas de privacidad. Si necesita otra copia de este aviso, llame al Departamento de Servicio al Cliente al **1-209-942-6320** o visite nuestro sitio web: **[www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org)**.

Debe completar todo el formulario. Cuando lo haya completado, puede enviarlo por correo o llevarlo a la siguiente dirección:

**Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan**  
**7751 South Manthey Road**  
**French Camp, CA 95231-9802**

También puede enviar el formulario por fax al **1-209-461-2550** o enviarlo a Health Plan a través de un correo electrónico seguro.

# SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIÓN



Indique el período del cual quiere un informe. (Nota: El período no puede exceder los 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003).

**Fecha de inicio (MM/DD/AA):**

**Fecha de finalización (MM/DD/AA):**

Si en el plan de salud aceptan su solicitud, le proporcionaremos el informe en un plazo de 60 días desde la recepción de la solicitud. Si se requiere más tiempo, se lo notificaremos. Si en el plan de salud rechazan su solicitud, le notificarán el motivo en un plazo de 60 días desde la recepción de la solicitud.

Puede obtener un informe sin costo cada 12 meses. Si necesita informes adicionales, es posible que el plan de salud le cobre el costo de las copias y el envío por correo. La copia de cada página tiene un costo de 0.25 centavos. El costo del envío por correo depende de la cantidad de páginas que se envíen. Si solicita informes adicionales, ¿acepta pagar estas tarifas?

Si

No

**Nombre del miembro en letra de imprenta:**

**Número de identificación del plan de salud:**

**Número de teléfono:**

# SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIÓN

Health Plan  
of San Joaquin 

 Mountain Valley  
Health Plan

---

**Firma del miembro o  
representante personal**

**Fecha**

**Nota:** Si usted es el representante personal del miembro, indique cuál es su relación con este:

---

**Relación con el miembro**

Es posible que deba presentar una prueba de la autorización legal para recibir un informe sobre cómo compartimos la información de salud del miembro.

Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **1-209-942-6320**.