

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud le da derecho a solicitar que le enviemos su correo a una dirección diferente o lo llamemos a un número de teléfono específico. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") aceptarán todas las solicitudes que sean razonables. En Health Plan siempre harán todo lo posible para ayudarlo si cree que alguien podría perjudicarlo al tomar conocimiento de su información de salud.

Health Plan no aceptarán enviarle información por correo electrónico.

Debe completar ambos lados del formulario. Cuando lo termine, envíelo por correo o llévelo 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.

Indique el motivo por el cual quiere que nos pongamos en contacto mediante una dirección o número de teléfono confidencial:

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



Indique la dirección a la cual quiere que le enviemos por correo la información de salud:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Indique el número de teléfono al cual quiere que lo llamemos:

Health Plan le enviarán una carta o lo llamarán para informarle si aceptamos o rechazamos su solicitud. Si la aceptamos y luego cambia de opinión, deberá informarlo por escrito.

.....
Nombre del miembro

.....
**Número de identificación
del plan de salud**

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