

SOLICITUD PARA OBTENER ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD



La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud le da derecho a inspeccionar y recibir copias de determinada información de salud. Es posible que desde el Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") puedan proporcionarle los registros médicos, de manejo de casos, de inscripción, de pago o de reclamos. También podemos enviarle esta información por correo a otra persona en su nombre. Si necesita una copia de sus registros médicos, comuníquese con su doctor o el hospital.

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.

Indique qué tipo de información quiere recibir: (las fechas de servicio, el tipo de lesión o enfermedad, y los nombres de doctores, hospitales u otros proveedores nos permitirán responder más rápido a su solicitud):

SOLICITUD PARA OBTENER ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD



Si en el plan de salud aceptan su solicitud, la información estará lista en un plazo de 30 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 30 días desde la recepción de la solicitud.

Es posible que Health Plan le cobre el costo de las copias y el envío por correo de la información de salud. 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. ¿Acepta pagar estas tarifas?

Sí No

¿Quiere que le enviemos copias de los documentos o un resumen de la información? (Marque una opción).

Copias o Resumen

¿Cómo quiere que le proporcionemos la información de salud? (Marque una opción).

Por correo postal a la persona que se indica a continuación:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo postal a mí

**SOLICITUD PARA OBTENER
ACCESO A LA INFORMACIÓN
DE SALUD**



En persona. Nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Indique la fecha y el horario en el que quiere dirigirse a la oficina del plan de salud y que lo reciba un representante de Servicio al Cliente:

Mes y día: _____

Hora: _____

Otro: _____

**Nombre en letra de
impresión del miembro**

**Número de identificación
del plan de salud**

**Firma del miembro o
representante personal**

Fecha

Número de teléfono

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

Relación con el miembro