

Restricción para el uso o divulgación de la solicitud de la PHI

Enviar por correo o entregarlo a: Western Health Advantage, Attn: Member Services
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Enviar por fax a: 916.568.0126

Enviar por correo electrónico a: memberservices@westernhealth.com

Incluya en la línea de asunto: Restricción sobre el uso o la divulgación de la PHI

¿Preguntas? 916.563.2250, 888.563.2250 gratis o 711 TTY

Nombre del miembro (Primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de identificación de WHA _____

Dirección _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Este formulario permitirá a un miembro solicitar una restricción en el uso y divulgación de información médica protegida (PHI) o revocar la restricción impuesta en el uso o divulgación de PHI. WHA considerará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones; sin embargo, no está obligada a aceptar una restricción solicitada. Cualquier restricción que acepte WHA se limitará a la información bajo nuestro control.

Esta solicitud es: (marque una)

Nueva Modificada REVOCAR una restricción existente vigente (MM/DD/AA)_____. Salta a la línea de la firma.

Restricción solicitada

Restricción sobre el uso o la divulgación relacionados con el tratamiento, el pago y/o las operaciones de atención médica

Proporcione detalles _____

Restricciones de uso y divulgación de PHI: (marque todo lo que corresponda)

A un miembro de la familia, otro pariente u otra persona identificada, directamente relevante a su participación en mi atención o pago de servicios de atención médica.

Proporcione detalles (por ejemplo, información restringida y/o nombre de un familiar o amigo)

Relacionados con mi ubicación, mi condición general o mi muerte a un miembro de mi familia, un representante personal u otra persona responsable de mi atención

Proporcione detalles (por ejemplo, información restringida y/o nombre de un familiar o amigo)

Un código de acceso de cuenta o un número de identificación personal (PIN) al llamar a WHA para proteger aún más la cuenta (completa el formulario de solicitud de código de acceso/PIN de cuenta para proporcionar detalles)

Otras restricciones de uso o divulgación

Proporcione detalles _____

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Si se concede mi solicitud, WHA no podrá usar ni divulgar la PHI en violación de la restricción, excepto como se indica a continuación. Esta solicitud de restricción puede ser denegada y, de ser así, se me notificará por escrito sobre dicha denegación.

- Cualquier restricción acordada por WHA no es efectiva para prevenir usos o divulgaciones permitidas o requeridas bajo la Regla de Privacidad HIPAA, incluyendo: para el tratamiento de emergencia del individuo cuya PHI está bajo restricción; divulgaciones al Secretario de Salud y Servicios Humanos; o divulgaciones para las cuales no se requiere consentimiento, autorización u oportunidad de aceptar u objetar.
- Si no soy suscriptor del plan de salud,
 - y estoy inscrito en un plan de salud con deducible alto, el suscriptor puede recibir información de un administrador de cuenta de una Cuenta de Ahorros para la Salud ("HSA") (Health Equity u otro administrador) sobre los servicios que obtuve;
 - las comunicaciones continuarán enviándose a la dirección actual que WHA tiene registrada para el suscriptor a menos que haya enviado una Solicitud de comunicación confidencial y la misma haya sido aceptada por WHA;
 - Colocar restricciones puede limitar mi acceso o el del suscriptor a la cuenta en línea (myWHA o aplicación).
- Si se concede esta solicitud, se procesará dentro de los siete (7) días posteriores a la recepción de la solicitud por transmisión electrónica o dentro de los 14 días posteriores a la recepción por correo de primera clase.
- Puedo revocar esta restricción por escrito en cualquier momento enviando por correo o entregando la solicitud a Servicios para Miembros, Western Health Advantage, 2349 Gateway Oaks Dr., Suite 100, Sacramento, CA 95833. La terminación será efectiva con respecto a cualquier PHI creada o recibido después de la fecha de terminación.

Miembro

Firma _____

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha _____

Representate personal

Firma _____

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha _____

Marque la casilla que describa su relación con el miembro/afiliado:

Padre/madre del menor Tutor legal Poder legal Ejecutor

Otro _____

A esta solicitud se le debe adjuntar prueba documental de su relación/autorización, de lo contrario no podrá ser procesada o podrá ser denegada. Si solicita la restricción para un menor de edad,

(a) Las leyes federales y estatales pueden prohibir a WHA actuar según su solicitud sobre información relacionada con servicios confidenciales sin la autorización escrita del menor de 12 años de edad o más.

(b) Si la restricción impedirá que el otro padre del niño acceda a la PHI, debe proporcionar evidencia de que se han cancelado los derechos de paternidad del otro padre u obtener la firma del otro padre en este formulario de restricción y certificarlo ante notario.

WHA Internal Use Only

Date Request Received _____

Member Identification Verified _____ documents checked

Date Request Fulfilled or Denied _____

If Denied, Reason for Denial _____

Signature of Manager or Supervisor _____

Name (Print) _____ Date _____

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 711 (TTY), 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com, <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 711.

SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 711 si tiene dificultades auditivas.

CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 711。

VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 711.

TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 711.

KOREAN

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 711로 연락하십시오.

ARMENIAN

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 711՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

PERSIAN-FARSI

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 711 پیام تاپیی ارسال کنند

RUSSIAN

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 711.

JAPANESE

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、711までお電話ください。

ARABIC

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 711.

PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់ អ្នកគ្រូចៀកឆ្លង់ តាមលេខ 711។

HMONG

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 711.

HINDI

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 711 पर कॉल करो।

THAI

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 711