

Acceso a la PHI en el conjunto de registros designados

Formulario de petición



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

Por fax seguro a: 916.568.0126

Por correo electrónico seguro a: mywha.org/securemessage — seleccione un mensaje para: Member Services
Incluya en la línea de asunto: Acceso a la PHI

Para obtener más información: 888.563.2250

Nombre del miembro (Primer nombre, apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ WHA ID _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico: _____

Este formulario le permitirá a un miembro revisar u obtener una copia de la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) en el conjunto de registros designados, excepto cierta información limitada, como notas de psicoterapia, información que WHA ha compilado en anticipación o para uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos, y ciertos otros registros exentos conforme a las regulaciones federales de privacidad.

Información solicitada: (limitada a 6 años antes de la fecha de la petición)

Registros específicos de _____ a _____
(Mes/año) (Mes/año)

Registros de inscripción

- Solicitud y documentos relacionados
- Cobertura y fechas de elegibilidad
- Documentos de cambio y terminación de cobertura

Registros de pagos de primas

Reclamos o registros de facturación

- Acumulador
- Historial de reclamos, incluso de farmacia

Otra Información Personal utilizada o mantenida por WHA, específicamente: _____

Registros de manejo de casos o del manejo médico

- Manejo Médico (por ejemplo, revisión de la utilización de servicios)
- Apelaciones y quejas formales
- Manejo del estado de la enfermedad

Formato/Método:

Revisión

- Prefiero revisar la información solicitada en persona y coordinaré un momento mutuamente conveniente para visitar la oficina de WHA.

Copia

- Papel Electrónico (ejemplo: CD, memoria USB).
- Prefiero que se saque una copia de la información solicitada y se envíe por correo:
 - A mí, a la dirección en el registro con WHA, O la dirección incluida en esta petición
- Otro (especifique el nombre del destinatario y la dirección completa):

Nombre _____

Dirección _____

- Yo o mi representante personal recogeremos la copia en la oficina de WHA.

Resumen

- Prefiero recibir un resumen escrito de la información solicitada. Enviar por correo a:
 - A mí, a la dirección en el registro con WHA, O la dirección incluida en esta petición **MARQUE UNA**
- Otro (especifique el nombre del destinatario y la dirección completa):

Nombre _____

Dirección _____



Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Mi petición será procesada dentro de los treinta (30) días, o se me informará por escrito de la necesidad de una extensión de no más de 30 días adicionales para procesar la petición. WHA hará los esfuerzos razonables para generar el registro designado en la forma y formato que solicité. Sin embargo, si WHA no puede producir los registros en la forma y formato requeridos, se establecerá una alternativa mutuamente aceptable.
- Si solicité una copia o resumen, seré responsable de pagar un costo razonable por los suministros, mano de obra, franqueo y copia, y se me enviará la información solicitada por correo postal a la dirección indicada arriba.
- Esta petición de acceso a la información puede denegarse o reducirse y solo se divulgará algunas partes. En ese caso, tengo el derecho de solicitar una revisión de esta decisión por un profesional de la salud licenciado que WHA designe, enviando mi petición por escrito a Member Relations, Western Health Advantage, 2349 Gateway Oaks Dr., Suite 100, Sacramento, CA 95833.
- Puedo presentar una queja acerca de mi petición de acceso al Privacy Officer, Western Health Advantage, 2349 Gateway Oaks Dr., Suite 100, Sacramento, CA 95833, o al US Department of Health & Human Services en 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201
- Esta petición debe ir acompañada de una copia de una identificación con foto, a menos que una de ellas ya esté en el archivo de WHA.

NOMBRE DEL MIEMBRO (IMPRESA)

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

Representante autorizado.

NOMBRE (IMPRESA)

FIRMA

FECHA

Marque la casilla que describa su relación con el miembro.

Padre del menor

Tutor legal

Poder legal

Ejecutor

Otro _____

Debe adjuntarse a esta petición una prueba documental de su relación/autorización. Si usted solicita el acceso de un menor de 12 años de edad o más, las leyes federales y estatales pueden prohibir que WHA lleve a cabo su petición sobre la información relacionada con servicios sensibles sin la autorización por escrito del menor.

WHA Internal Use Only

Date Request Received _____

Member Identification verified _____ documents checked

Date Request Fulfilled or Denied _____

NAME (PRINT)

MANAGER OR SUPERVISOR SIGNATURE

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, 888.877.5378 (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 888.877.5378.

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 888.877.5378 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) 888.877.5378。

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 888.877.5378.

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 tagasalín, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

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 888.877.5378로 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 888.877.5378՝ 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 888.877.5378 پیام تالیپی 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 888.877.5378.

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、情報を入力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、888.877.5378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 888.877.5378.

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 ਪ ਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਵੇਂਦੀ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ កំពុងកំពុងជួយអ្នក ម្ចាស់សំណួរ អំពី Western Health Advantage បេ, អ្នកម្ចាស់សិទ្ធិចំនួនយើងព័ត៌មាន ប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរសំអ្នក បោយមិនអ្វីហាក់។ បើមិនយាយជាមួយអ្នកកម្រិតប្រ សូមូស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកប្រៀកច្រន់ តាមបលខ 888.877.5378។

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 888.877.5378.

HINDI

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में परनि हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी परापत करने का अधिकार है। दुआशिए केसाथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह रिक्कण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

THAI

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378