

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