

SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DESIGNADOS

Utilice este formulario si quiere ver expedientes de su información médica que Neighborhood tenga.

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Escriba el nombre del miembro, dirección, número telefónico y número de ID de Neighborhood.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte el documento que lo acredite como tal (p. ej., un poder legal debidamente firmado).
- Sección C:** **Seleccione los expedientes de Neighborhood que quiere recibir.** Usted tiene el derecho de ver expedientes de su información médica protegida, incluyendo expedientes de la inscripción en el plan de seguro médico, solicitudes de pago, quejas y apelaciones, y gestión de caso (políticas nro. 000051 y 000655 de Neighborhood). Estos expedientes no pueden incluir copias de notas de psicoterapia ni información que hemos recopilado con fines legales, ni cierta otra información.
Usted puede optar por ver todos sus expedientes o solicitar expedientes específicos.
Por favor, incluya las fechas de los expedientes.
- Sección D:** **Elija cómo quiere recibir los expedientes (seleccione solamente una opción).**
Puede recibir copias en papel por correo postal o archivos por correo electrónico. Tenga presente que, después de enviarle los expedientes, estos dejarán de estar protegidos por Neighborhood según las leyes de privacidad. Será su responsabilidad velar por la seguridad y privacidad de la información. Tenemos el derecho de cobrar una suma módica por hacerle copias de los expedientes. Le contactaremos si no podemos darle los expedientes en el formato que solicitó.
- Sección E:** **Usted DEBE firmar este formulario.**
- Envíe este formulario a:** **Neighborhood Health Plan of Rhode Island**
Attn: Compliance Department
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

**Si necesita ayuda con este formulario, por favor comuníquese
con Servicios para Miembros de Neighborhood:**

Planes Medicaid: 1-800-459-6019 (TTY 711)

Neighborhood INTEGRITY (Plan Medicare-Medicaid): 1-844-812-6896 (TTY 711)

Planes comerciales: 1-855-321-9244 (TTY 711)

SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DESIGNADOS

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Por favor llene:

NOMBRE		NÚMERO TELEFÓNICO DE DÍA	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE ID DEL MIEMBRO

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted no es el miembro, escriba su nombre más abajo y luego marque la casilla que describa su relación con el miembro. **Por favor, adjunte un comprobante de su relación con el miembro (p. ej., poder legal, nombramiento de tutor, etc.).**

Escriba con letra de molde el nombre
del representante personal: _____

- ☐ **Tutor legal:** Adjunte documento que lo acredite como tutor, el cual debe estar firmado y llevar un timbre judicial.
- ☐ **Apoderado legal:** Adjunte poder legal, que debe incluir una autorización de divulgación de información médica.
- ☐ **Albacea:** Adjunte carta de nombramiento de albacea, la cual debe estar firmada y llevar un timbre judicial.

SECCIÓN C: FECHAS DE EXPEDIENTES

Elija solamente una opción:

- ☐ Un resumen de todos los expedientes del siguiente período:

DE _____ **A** _____
MES AÑO MES AÑO

- ☐ Expedientes específicos: _____

SECCIÓN D: TIPO DE EXPEDIENTES (marque solo una casilla)

- ☐ Copias en papel por correo postal a:

NOMBRE

DIRECCIÓN POR CALLES

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

- ☐ Archivos a correo electrónico cifrado:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

SECCIÓN E: FIRMA

FIRMA DEL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA



Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de seguro médico que tiene contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a sus miembros.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado, domingos e feriados. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។
នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។