

Solicitud de acceso a información médica protegida

Use este formulario para que usted o su representante personal soliciten acceso para obtener o inspeccionar la información médica protegida (PHI) que mantiene Jefferson Health Plans Medicare.

Instrucciones para completar este formulario de acceso

Parte 1: Información del miembro. Esta sección debe nombrar al miembro de Jefferson Health Plans Medicare cuya información médica se compartirá con la persona u organización autorizada o se divulgará a estas. Escriba en letra imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección registrada y el número de teléfono del miembro, y el número de identificación de miembro.

Parte 2: Cómo le gustaría que cumplamos con esta solicitud. Esta sección debe indicar cómo le gustaría que Jefferson Health Plans Medicare cumpliera con su solicitud de acceso a su información médica. En virtud de la HIPAA, un plan de salud puede cobrar un cargo por copiar y enviar por correo los registros. Además, Jefferson Health Plans Medicare puede cobrar un cargo adicional si usted solicita un resumen o copias de la información de sus reclamaciones que supere las 300 páginas.

Parte 3: Información solicitada. Jefferson Health Plans Medicare mantiene información sobre reclamaciones relacionadas con visitas a un proveedor, hospital u otro centro médico. La lista proporcionada en esta parte del formulario incluye el/los tipo(s) de información disponible sobre reclamaciones. Marque la casilla relacionada con la información de reclamaciones que solicita. Si marca "otro", díganos qué información específica está solicitando. Indique las fechas de la información solicitada. **(NOTA: Jefferson Health Plans Medicare no crea ni conserva registros médicos. Por ejemplo, historia clínica, radiografías, resultados de pruebas, etc. Comuníquese con el/los proveedor(es) para obtener esta información).**

Parte 4: Revisión y aprobación. Se requiere la firma del *miembro*. Si el miembro es incapaz de firmar, un representante personal o legal puede firmar en nombre del miembro. Se confirmará a los padres o tutores de menores de edad utilizando la información del estado. Un representante personal, como un albacea o alguien con un poder notarial, puede firmar con su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que demuestren la autoridad del representante personal en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o archivarse en Jefferson Health Plans Medicare; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Complete TODAS las secciones. Si la información de este formulario no está completa, Jefferson Health Plans Medicare devolverá el formulario y no aprobará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto

ENVÍE SU(S) FORMULARIO(S) A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicio de atención al miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

**Jefferson Health Plans
Privacy Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
o por fax: 267-515-6666**



Solicitud de acceso a información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

Parte 1: Escriba en LETRA DE IMPRENTA la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad/código postal:
N.º de identificación del miembro:	Teléfono:

Parte 2: Seleccione su método preferido para cumplir con esta solicitud

Envíelo por correo a mi dirección mencionada arriba. Comuníquese conmigo si la solicitud tiene más de 300 páginas.

Solicitar una inspección en persona de la información en Jefferson Health Plans.

Por correo electrónico seguro a mi dirección de correo electrónico en _____

Recogeré mi información en persona.

Otro, especifique: _____

Nota: Jefferson Health Plans Medicare puede **enviar por correo** una (1) copia de hasta 300 páginas sin cargo o usted puede inspeccionar su información en la sede de Jefferson Health Plans. Para obtener información sobre reclamaciones de más de 300 páginas, se le cobrarán \$0.35 por página. Puede solicitar una lista o un resumen de la información de sus reclamaciones. En virtud de la HIPAA, un plan de salud puede cobrar un cargo por proporcionar un resumen; el cargo por proporcionar un resumen es de \$1.42 por página. En lugar de un resumen, Jefferson Health Plans Medicare puede proporcionar una lista de la información de sus reclamaciones de hasta 300 páginas sin cargo.

¿Le gustaría que Jefferson Health Plans Medicare preparara un resumen de estos registros?

Sí, proporcione un resumen por un cargo de \$1.42 por página.

No, proporcione una lista sin cargo.

Parte 3: Información solicitada

a. Marque la(s) casilla(s) que indica(n) la información de reclamaciones que solicita.

Fecha de servicio (la fecha en que fue al proveedor o centro médico)

Nombre del proveedor/médico/centro médico

Dirección y número de teléfono del proveedor (si están disponibles)

Tipo de servicio (es decir, atención médica, cirugía, consulta, radiología, análisis de laboratorio, etc.)

Terminología de procedimiento actual (códigos CPT) (números asignados por el servicio prestado)

Gastos de bolsillo (copago)

Farmacia (receta, cantidad, resurtidos, información de la farmacia, gastos de bolsillo)

Otro: _____

Período de tiempo (día/mes/año o mes/año) Desde / / hasta / /



Solicitud de acceso a información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

Parte 4: Firma

He leído y comprendo la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante personal, indique su relación con el miembro: _____

Tenga en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, requeriremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial para atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre, la madre o el tutor realizan esta solicitud, complete lo siguiente: El miembro/participante es menor de _____ años de edad. Si presenta esta solicitud en nombre de un hijo menor de edad, es posible que necesitemos información adicional, como una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro antes de que esta solicitud se considere completa.