

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD

Tiene derecho a que la información de salud protegida* se le envíe directamente a usted, en lugar de a la persona que paga su plan de seguro médico. En el estado de Washington, los servicios de atención médica delicados** deben mantenerse confidenciales. Si no ha solicitado que esta información se envíe a una dirección diferente o por otro medio, se enviará a la dirección registrada a su nombre. Puede pedir que se contacten con usted para hablar sobre la información de salud protegida y los servicios confidenciales por alguno de los siguientes medios:

- En una dirección postal diferente
- Por correo electrónico
- Por teléfono
- A través del portal de la compañía de seguro médico

Para realizar esta solicitud, complete, firme y envíe este formulario a la siguiente dirección:

Coordinated Care
Attn: Member Services
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

O llámenos al 1-877-644-4613 (TTY: 711). También puede usar este formulario para cambiar o actualizar su información de contacto confidencial.

Tenga en cuenta lo siguiente: Coordinated Care procesará su solicitud en un plazo de tres días hábiles después de haberla recibido.

Su nombre

Su fecha de nacimiento

Su número de socio del seguro (si lo tiene)

Indíquenos cómo debemos ponernos en contacto con usted. Algunas leyes pueden exigir que ciertas comunicaciones se realicen por escrito, por lo que le pedimos que brinde un correo electrónico o una dirección postal para garantizar la confidencialidad. Coordinated Care se comunicará con usted mediante al menos uno de los métodos de contacto que elija. En las casillas a continuación, clasifique su preferencia colocando un “1” junto a su primera opción y un “2” junto a su segunda opción, si selecciona más de un método de contacto.

- Correo electrónico a esta dirección: _____
- Correo postal en EE. UU. a esta dirección: _____
- Mensaje a través del portal en línea del paciente del seguro.
- Llamada telefónica al siguiente número: (_____) _____
- Envío a mi proveedor de atención médica autorizado o representante (escriba el nombre y la información de contacto): _____
-

¡IMPORTANTE! Completar esta sección es OBLIGATORIO:

Escriba un número de teléfono o una dirección de correo electrónico para contactarlo en caso de que haya preguntas sobre esta solicitud.

(_____) _____
Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Firma

Fecha

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si cambia de compañía de seguros, deberá realizar esta solicitud ante la nueva compañía. Hasta que se procese su solicitud, la compañía del seguro médico puede seguir enviando su información de salud protegida a la persona que paga su seguro médico.

*Información de salud protegida se refiere a cualquier información de salud que pueda ser identificatoria de manera individual y que su compañía tenga o envíe en cualquier formato. La comunicación confidencial de la información de salud protegida que se incluye en esta solicitud abarca lo siguiente:

- Facturas e intentos de cobro por los servicios de atención médica de parte de su compañía de seguro médico (sin embargo, esta solicitud no se aplica a su proveedor de atención médica)
- Un aviso de determinación adversa de beneficios
- Un aviso de explicación de beneficios
- Una solicitud de información adicional sobre un reclamo
- Un aviso de un reclamo impugnado
- El nombre y la dirección de un proveedor, descripción de los servicios prestados y otra información sobre la visita
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica que contenga información de salud protegida

**Los servicios de atención médica delicados son los que se relacionan con lo siguiente:

- Atención de la salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual
- Trastornos por consumo de sustancias
- Disforia de género
- Atención de reafirmación de género
- Violencia doméstica
- Salud mental

Para consultas sobre cómo solicitar la confidencialidad, llame a Coordinated Care al 1-877-644-4613 (TTY: 711) o comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner) al 1-800-562-6900.