

SOLICITUD PARA ACCEDER A REGISTROS

Llene ambos lados de este formulario.

Fecha de la solicitud: _____
(Mes/día/año)

Nombre del miembro: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Número de ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____
(Mes/día/año)

Dirección del miembro: _____
Dirección física

Ciudad Estado Código postal

Nombre del solicitante (si es distinto al miembro): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Relación del solicitante con el miembro: _____

(Nota: Anthem debe tener consentimiento por escrito para divulgar información. Se requiere consentimiento por escrito, a menos que el solicitante sea el padre del miembro y el miembro sea menor de edad. Si en el expediente no hay un consentimiento por escrito, los documentos y este formulario, que prueban que el solicitante representa al miembro, deben ser enviados a Anthem. Envíe este formulario y los documentos a la dirección que figura en la última página de este formulario. Ejemplos de documentos incluyen un poder notarial válido o documentación de tutela).

Número telefónico del solicitante: _____

¿Cómo le gustaría recibir la información? (Marque una casilla).

Envíen por correo mi información a esta dirección:

Dirección física

Ciudad Estado Código postal

No envíen por correo mi información. Me gustaría ir a la oficina más cercana de Anthem para ver mi información.

SOLICITUD PARA ACCEDER A REGISTROS
(Continuación)

Llene ambos lados de este formulario.

Marque todos los registros a los que quisiera tener acceso:

- Información sobre reclamos: información sobre servicios de cuidado de la salud pagados en su nombre
- Información sobre inscripción/cancelación de inscripción: cuándo se inscribió, el nombre de su doctor, número de ID de miembro, etc.
- Información sobre Administración de casos: si tiene o tuvo un administrador de casos de Anthem, notas sobre su estado de salud
- Información sobre Administración de enfermedades: si tiene o tuvo un administrador de casos de Administración de enfermedades de Anthem, notas sobre su(s) condición (condiciones) de salud
- Información sobre referidos: servicios solicitados por su doctor para otros doctores, análisis, etc.
- Información de la Línea de enfermería de 24/7
- Revisión de utilización (información usada para aprobar o rechazar servicios)
- Reclamos/quejas/apelaciones
- Otro:

Periodo de tiempo de los registros solicitados: Desde _____ hasta _____

¿Cómo le gustaría ver la información? (Marque una casilla).

- Si se ofrece, quisiera mi información en formato de resumen. (Este formato le dará información general).
- Quisiera mi información detallada. (Este formato le dará información específica con los motivos).

Tendrá una respuesta en un plazo de 30 días después de que Anthem reciba su solicitud. Su solicitud será revisada y podría o no ser concedida según las reglas en vigencia de Anthem.

Nombre y firma del solicitante o miembro:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Documentos adjuntos: Aviso de no discriminación
Obtenga ayuda en otros idiomas

Llene este formulario y envíelo por correo a:
Member Privacy Unit
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466-2509

Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan y Hoosier Care Connect

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.