



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD
Coordinated Care Corporation

Tiene derecho a recibir usted mismo la información médica protegida* en lugar de que se la envíen a la persona que paga su plan de seguro médico. En el estado de Washington, los servicios de atención médica sensibles** deben ser confidenciales; sin embargo, si no ha solicitado que esta información se envíe a una dirección diferente o por otro medio, esta información se enviará en su nombre a la dirección registrada. Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted para abordar la información médica protegida y los servicios de atención médica sensibles:

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

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

Ambetter from Coordinated Care
 Attn: Customer Service
 1145 Broadway Suite 700
 Tacoma, WA 98402

O bien, llámenos al 1-877-687-1197 (TTY: 711). También puede utilizar este formulario para cambiar o actualizar su información de contacto confidencial.

Nota: Ambetter from Coordinated Care Corporation completará su solicitud dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción.

Su nombre _____

Su fecha de nacimiento _____

Su n.º de afiliado (si está disponible) _____

Indíquenos cómo prefiere que nos comuniquemos con usted. Algunas leyes pueden exigir que ciertas comunicaciones se realicen por escrito, así que proporcione un correo electrónico o una dirección postal para garantizar la confidencialidad. Ambetter from Coordinated Care se comunicará con usted a través de al menos uno de los métodos de comunicación que elija. En las siguientes casillas, clasifique su elección colocando un "1" junto a su primera opción y "2" junto a su segunda opción, si selecciona más de un método de contacto.

- Correo electrónico a esta dirección de correo electrónico: _____
- Correspondencia postal de EE. UU. a esta dirección: _____
- Mensaje a través del portal de pacientes en línea de la compañía de seguros
- Llamada telefónica al siguiente número: (_____) _____
- Envíe a mi proveedor de atención médica autorizado o representante: proporcione el nombre y la información de contacto: _____

¡IMPORTANTE! DEBE completar la siguiente sección:

Proporcione un número de teléfono o una dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted en caso de que tengamos preguntas sobre esta solicitud.

(_____) _____
 Número de teléfono Dirección de correo electrónico

 Firma Fecha



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD

NOTA: Si cambia de compañía de seguros, deberá realizar esta solicitud a la nueva compañía. Hasta que se procese su solicitud, la compañía de seguro médico puede continuar enviando su seguro médico protegido a la persona que lo paga.

* La información de salud protegida incluye información de salud de identificación individual que la compañía tiene o envía en cualquier formato. La comunicación confidencial del seguro médico protegido cubierta en virtud de esta solicitud incluye lo siguiente:

- Facturas e intentos de cobrar el pago de los servicios de atención médica de su compañía de seguro médico (sin embargo, esta solicitud no le corresponde a su proveedor de atención médica)
- Aviso de determinación desfavorable de los beneficios
- Aviso de explicación de los beneficios
- Solicitud de información adicional sobre una reclamación
- Aviso de una reclamación impugnada
- Nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios prestados y cualquier otra información sobre las visitas
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica que contenga información médica protegida

** Los servicios de atención médica sensibles son servicios de atención médica relacionados con lo siguiente:

- Atención de salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual
- Trastorno por consumo de sustancias
- Disforia de género
- Atención que reafirma el género
- Violencia doméstica
- Salud mental

Si tiene preguntas sobre cómo solicitar confidencialidad, llame a Ambetter from Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY: 711) o comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros al 1-800-562-6900.