Reajustar

Solicitud de informe de divulgaciones

Lea las instrucciones en la página 2 antes de completar este formulario. DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.

Se requiere un formulario por separado para cada miembro de la póliza o cobertura, según corresponda. Escriba con letra de molde legible, excepto donde se le solicite firmar. Para solicitar un Informe de divulgaciones de su información privada por parte de Horizon NJ Health y sus socios comerciales, brinde los datos a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Boulevard, Pennington, NJ 08534, 800-682-9094 o por fax al 609-538-1574

Sección A: Información del miembro

Nombre: _____

N.º de identificación del miembro de Horizon NJ Health: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

MM DD AAAA

Dirección (que figura en los registros): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: ___ - _____ - _____

Sección B: Solicitud de informe de divulgaciones

Yo, _____ , por la presente solicito un informe de las divulgaciones de información privada por parte de Horizon
(miembro/representante personal)

NJ Health y sus socios comerciales para el período de Fecha _____ / ___ / _____ a Fecha _____ / ___ / _____
MM DD AAAA MM DD AAAA

Entiendo que esta solicitud de informe se limita a las divulgaciones realizadas no más de seis (6) años antes de la fecha en la que se solicita tal informe y se aplica solo a aquellas divulgaciones cuyo informe se exige por las regulaciones de privacidad. También entiendo que es posible que Horizon NJ Health no pueda procesar tal solicitud si el derecho al informe se ha suspendido por una agencia de supervisión de la salud o un funcionario público.

_____ Fecha: ___ _/___ _/_____
MM DD AAAA

Firma del ☐ Miembro/☐ Representante personal*

_____
Nombre en letra de molde

* Marque la casilla correspondiente para indicar si la firma anterior corresponde al miembro o al representante personal. Si el solicitante no es el miembro, el solicitante debe firmar el formulario y adjuntar la documentación que muestre que tiene la autorización para actuar en nombre del miembro, a menos que el solicitante ya se haya registrado previamente en Horizon NJ Health como representante personal.

Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Instrucciones
Solicitud de informe de divulgaciones

Instrucciones generales: Debe completar todos los campos, a menos que se especifique lo contrario.
Se debe completar este formulario cuando un miembro desee solicitar un informe de divulgaciones de la información privada por parte de Horizon NJ Health. El informe no incluirá divulgaciones de información privada realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, divulgaciones al miembro al que pertenece la información privada, divulgaciones al representante personal del miembro o según lo estipulado por las leyes de privacidad federales o estatales.
Todos los documentos legales requeridos se someterán a un proceso de validación por parte de Horizon NJ Health. Se requiere un formulario y documentación por separado para cada miembro de la cobertura, según corresponda. Los informes de divulgaciones se enviarán por el correo postal de los Estados Unidos.

Sección A: Información del miembro

En esta sección, se solicita información relacionada con el miembro. Dado que esta información se utiliza tanto para fines de identificación como de verificación, los datos incluidos en esta sección deben coincidir con la información más actualizada del miembro/suscriptor en los sistemas de Horizon NJ Health. Tenga en cuenta que este formulario puede ser rechazado si la información que incluye no coincide con la información de nuestros sistemas o si el formulario no está **totalmente** completo.

Sección B: Solicitud de informe de divulgaciones

En esta sección, se requiere la firma de una persona autorizada para divulgar la información privada que se solicita. Indique el período para el cual solicita las divulgaciones, pero recuerde que el período especificado no puede exceder los seis (6) años a partir de la fecha de la solicitud.

Envíe por correo este formulario a la siguiente dirección:

Horizon NJ Health
Attn: HIPAA Team
1700 American Boulevard
Pennington, NJ 08534

800-682-9094

O envíelo por fax a: (609) 538-1574.

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com