

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS

SECCIÓN 1: SU INFORMACIÓN

Nombre y apellido:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
N.º de identificación del miembro:		Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

SECCIÓN 2: LA INFORMACIÓN QUE ESTÁ SOLICITANDO

Díganos qué información necesita: _____

Rango de fechas de la información que está solicitando: _____
Desde: (mm/dd/aaaa) Hasta: (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 3: MOTIVO DE LA SOLICITUD (ELIJA UNA OPCIÓN)

<input type="checkbox"/> Para obtener ayuda con mi atención médica	<input type="checkbox"/> Para mis registros personales	<input type="checkbox"/> Para un juicio, acción legal, causa judicial, acuerdo, etc.
--	--	--

Otra: _____

SECCIÓN 4: DÓNDE ENVIAR SU PHI (ELIJA UNA OPCIÓN)

A quién debe enviar Meridian esta información (NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA): _____

Cómo se debe enviar (ELIJA UNA OPCIÓN):

- Por fax al: _____
- Correo electrónico: _____
- Personalmente en un lugar que elija Meridian (se debe concertar una cita)
- Otro formato electrónico (p. ej.: CD) Por correo a la siguiente dirección:

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

SECCIÓN 5: FIRMA Y FECHA

¿Quién firma? El miembro mencionado anteriormente Padre/madre/Tutor legal del miembro menor de edad mencionado anteriormente Alguien que no sea el miembro*

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

* Descripción de la autoridad para actuar en nombre del miembro (p. ej.: poder permanente para decisiones, orden judicial, padre/madre/tutor legal de hijo menor de edad, etc.): _____

Debe adjuntar los registros legales que se muestran arriba y en los cuales se lo nombra representante de este miembro. Si no nos brinda esta información, habrá demoras en esta solicitud.

SECCIÓN 6: ENVÍO DEL FORMULARIO

Envíenos una copia de este formulario; para ello, elija una de las siguientes opciones:

1. Envíe este formulario por fax al 313-324-9075.
2. Envíe este formulario por correo electrónico a privacy.il@mhplan.com.
3. Envíe este formulario por correo a la siguiente dirección:

Meridian Medicaid Plan
ATTN: Compliance Department
1333 Burr Ridge Parkway Ste 100
Burr Ridge, IL 60527

Meridian cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Meridian no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Meridian:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes calificados de lengua de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma principal, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de quejas de Meridian.

Si considera que Meridian no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de quejas de Meridian. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de quejas de Meridian está disponible para brindarle asistencia.

Correo postal:

Meridian
Attn: Grievance Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys CA 90410-0353

Teléfono: 866-606-3700
(los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Fax: 833-669-1734

Correo electrónico:
medicaidgrievances@mhplan.com

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en forma

electrónica, a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono al número que figura a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-606-3700 (TTY: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 866-606-3700 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866-606-3700 (TTY: 711)。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866-606-3700 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog-Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-606-3700 (TTY: 711).

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 866-606-3700 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866-606-3700 (телетайп: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 866-606-3700 (TTY: 711).

اُردُو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 866-606-3700 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 866-606-3700 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 866-606-3700 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 866-606-3700 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-606-3700 (ATS : 711).

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866-606-3700 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 866-606-3700 (TTY: 711).