



## Solicitud de acceso del miembro a la información médica protegida (PHI)

Tiene derecho a obtener copias o revisar su PHI que tenemos en nuestro poder. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) le otorga este derecho. Esto puede incluir registros utilizados para realizar trámites de cobertura, reclamos y otras decisiones. Revisaremos su solicitud. Le conseguiremos su información o le indicaremos por qué no podremos hacerlo. *Nota importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. Comuníquese con su médico para obtener una copia de su historia clínica.*

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de ID del Miembro \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Quiero revisar u obtener copias de mi PHI.**

### ¿Cuánto de su información médica protegida desea revisar?

Quiero revisar:

Marque **todas** las casillas que correspondan.

Registros de inscripción     Registros de reclamos     Otros registros (describa a continuación)

¿Estaría bien obtener un resumen de la información anterior?  Sí  No

### ¿Cómo quiere tener acceso a esta información?

Quiero obtener mi información:

Marque una sola casilla:     Inspeccionar     copia

**Puede haber casos en los que Molina Healthcare (Molina) no pueda brindarle la información como lo desee. Le permitiremos entrar y leer una copia.**

### ¿Las copias o el envío por correo tendrán un costo?

*Molina podría pedirle que pague el costo de estos servicios. Estos pueden incluir el costo de la mano de obra, la copia o el franqueo.*

¿Está dispuesto a pagar este costo?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro o su representante personal en letra de imprenta si corresponde.

\_\_\_\_\_  
Relación con el Miembro o Autoridad del Representante Personal para actuar en nombre del Miembro, si corresponde

# Aviso de no discriminación

Molina Healthcare of Florida, Inc.



## Medicaid

La discriminación es ilegal. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4585 (TTY: 711).

Si considera que Molina no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate  
Long Beach, CA 90802  
Phone: (866) 472-4585 (TTY: 711) | Fax: (877) 508-5738  
Email: [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com)

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio para Miembros de Molina está disponible para ayudarlo. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web:

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/es-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, Igualmente, lo puede hacer por correo o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Phone: (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)

Los formularios de demanda están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Comunicado de No Discriminación – Artículo 1557

## Molina Healthcare of Florida, Inc.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 472-4585 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (866) 472-4585 (TTY: 711).
French Creole (Haitian Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (866) 472-4585 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (866) 472-4585 (TTY: 711).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (866) 472-4585 (TTY: 711).
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) 472-4585 (TTY: 711)。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (866) 472-4585 (TTY : 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (866) 472-4585 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (866) 472-4585 (телетайп: 711).
Arabic	تظوملح: اذا تكذ ركذا ثدحتت غةللا، نإف تامدخ ةداعسما تيوغللا رفاوتت ناجملااب لك. لتصا مقرب (866) 472-4585 (مقر فتاه مصلا مكبلاو: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (866) 472-4585 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (866) 472-4585 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (866) 472-4585 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (866) 472-4585 (TTY: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક િષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (866) 472-4585 (TTY: 711).
Thai	เรียน: ถาคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถขอรับการช่วยเหลือทางภาษาไดฟรี โทร (866) 472-4585 (TTY: 711).