

Molina Healthcare of Washington, Inc.

Consentimiento de los Registros de Transmisión Electrónica

Nombre del Miembro:

Número de Identificación de Miembro Molina:

Por medio de la presente, yo (nombre del miembro) doy mi consentimiento a Molina Healthcare of Washington, Inc. (Conocido como "Molina") para proporcionar electrónicamente todos y cada uno de los documentos relacionados con la determinación de beneficios adversos a los cuales se hace referencia a continuación.

Además, reconozco y afirmo que tengo la capacidad de acceder a la información proporcionada electrónicamente y que he proporcionado una dirección de correo electrónico (correo electrónico) a Molina para su uso al proporcionar los documentos de determinación de beneficios adversos.

Los tipos de documentos que me pueden enviar electrónicamente pueden incluir, entre otros:

- Documentos de los miembros de Molina, incluyendo la Evidencia de Cobertura, Resumen de Beneficios y Cobertura y Cronograma de Beneficios.
- Copias de toda la correspondencia relacionada con la determinación de beneficios adversos.
- Copias de los registros médicos relacionados con la determinación de beneficios adversos.
- Toda la información en la que Molina se base en la determinación adversa de beneficios.

Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento y sin cargo, poniéndose en contacto con el departamento de Servicios para Miembros en el número que se muestra a continuación. Dicha solicitud para retirar el consentimiento entrará en vigencia una vez que Molina la reciba.
- Derecho a solicitar y obtener copias físicas de cualquier registro proporcionado electrónicamente.

La transmisión de información por correo electrónico inseguro tiene riesgos. Entiendo y acepto los riesgos asociados con el uso de comunicaciones por correo electrónico inseguras y asumo la responsabilidad una vez que reciba todos y cada uno de los documentos hechos electrónicamente por Molina.

Cualquier consulta relacionada con el presente formulario, o cualquiera de los contenidos, debe ser dirigida al departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare of Washington al 1-(888) 858-3492.

Firma del Miembro: _____

Firma del padre o tutor

(si este consentimiento es para un menor de edad): _____

Fecha: _____

Correo Electrónico del Miembro (Correo Electrónico) Dirección: _____

Número de Caso de la Identificación de Determinación de Beneficios Adversos de Molina:

Número de fax del Departamento de Servicios para Miembros de Molina : (877) 814-0342

Correo electrónico del Departamento de Servicios para Miembros de Molina :

WAMemberservices@Molinahealthcare.com