

Solicitud para acceder a (ver) los registros

Aviso para el afiliado:

La ley establece que usted puede solicitar a **Trillium** ver u obtener una copia de sus registros. La ley también establece que usted puede solicitar un resumen escrito de sus registros en el caso de que no desee una copia de cada uno de ellos. La solicitud debe realizarse escribiendo una carta o utilizando este formulario. **Trillium** responderá a su solicitud en un plazo de 30 días. La ley también establece que, en ciertos casos, **Trillium** no tiene la obligación de permitirle que vea u obtenga una copia de sus registros. De ser ese el caso, **Trillium** debe enviarle una carta en la que se le explique el motivo. En la carta también se le explica cómo solicitar una revisión o presentar una queja.

Representante personal: debe proporcionarle a **Trillium** una copia de los documentos legales que prueben su autoridad para firmar este formulario.

Cargos: la ley establece que **Trillium** puede cobrarle el costo de brindarle un resumen o una copia de sus registros. En el caso de que haya un costo, **Trillium** se lo informará antes de preparar el resumen o la copia de sus registros.

Información del afiliado:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta):

Fecha de nacimiento del afiliado: ____/____/____

Número de identificación del afiliado [Medicaid/Medicare]: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Marque la casilla correspondiente a la opción de los registros que desea solicitar:

- Registros utilizados para la toma de decisiones sobre mi atención (administración médica y de casos)
- Registros sobre mis reclamaciones y facturación
- Mis registros de servicio al cliente (registros de llamadas)
- Solicito los siguientes registros: _____

Detalle las fechas de inicio y de finalización de los registros que desea solicitar:

Fecha de inicio: ____/____/____

Fecha de finalización: ____/____/____

¿De qué manera prefiere recibir sus registros? Marque la casilla correspondiente a su elección.

- Quiero una copia de mis registros.
- Quiero un resumen que explique mis registros.
 - Quiero recibir una copia por correo en la dirección indicada (información del afiliado)
 - Quiero retirar una copia en Trillium (1800 Millrace Dr. Eugene, OR 97403)
 - Quiero recibir una copia por correo en la siguiente dirección: _____
- Quiero ir a Trillium para revisar mis registros.

Firma del afiliado: _____ Fecha: ____/____/____

(El afiliado o el representante personal deben firmar aquí)

Si firma en nombre del afiliado, detalle qué relación lo une al afiliado. _____

Enviar por correo a: **Trillium Community Health Plan**

Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440-3940

Número de fax gratuito del Departamento de Cumplimiento Normativo: 1-844-426-5340

¿Cree que Trillium Community Health Plan (TCHP) le ha tratado injustamente?

Trillium tiene que obedecer leyes federales y estatales de derecho civil. No puede tratar a las personas injustamente en ninguno de sus programas o actividades por su:

- Edad
- Identidad de género
- Raza
- Orientación sexual
- Color
- Estado civil
- Religión
- Discapacidad
- Origen
- Sexo

Todas las personas tienen derecho de entrar, salir y hacer uso de las instalaciones y servicios. También tienen derecho de recibir información en una manera en la que puedan entenderla. Trillium hará cambios razonables a políticas, prácticas y procedimientos luego de hablar con usted sobre sus necesidades.

Para reportar preocupaciones o para obtener más información, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los Miembros de Trillium al 541-485-2155; Gratuitamente al: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. Fuera de ese horario, incluyendo sábados, domingos y días feriados, puede dejar un mensaje de voz. Le devolveremos la llamada el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

También tiene el derecho de presentar una queja de derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos. Póngase en contacto con esa oficina de las siguientes formas:

- Web: www.hhs.gov
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Correo: 200 Independence Ave., SW, Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Enviar por correo a: **Trillium Community Health Plan**
Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440-3940
Número de fax gratuito del Departamento de Cumplimiento Normativo: 1-844-426-5340

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

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 Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

日本語 (Japanese)

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473. まで、電話にてご連絡ください

Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بـ Medicaid على رقم 1-877-600-5472، رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-600-5473.

Română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Cushite

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. فراهم می باشد. با. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Français (French)

Enviar por correo a: **Trillium Community Health Plan**

Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440-3940

Número de fax gratuito del Departamento de Cumplimiento Normativo: 1-844-426-5340

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
Appelez le Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Enviar por correo a: **Trillium Community Health Plan**

Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440-3940

Número de fax gratuito del Departamento de Cumplimiento Normativo: 1-844-426-5340