

Formulario para divulgación de registros médicos



Dé los nombres y números de teléfono de los proveedores que lo hayan tratado por la enfermedad relacionada con su reclamación. Si es más de un proveedor, complete un formulario para cada uno.

Para obtener más copias de este formulario, llame al Servicio de Atención al Afiliado de California Health & Wellness, al **1-877-658-0305 (Para obtener servicio TTY, comuníquese con el servicio de llamadas California Relay al marcar 711 y proporciónese el número 1-877-658-0305 al personal)**, o vaya a www.CAHealthWellness.com.

Protegemos la confidencialidad de todos los expedientes médicos que recibimos. Solo los usamos para revisar la reclamación.

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono del proveedor: _____

Yo, _____, por el presente documento autorizo y
(nombre del afiliado)

solicito al proveedor antes mencionado a divulgar a California Health and Wellness todos los expedientes médicos que respalden la necesidad médica para:

(Por favor, anote los servicios que fueron rechazados o modificados por California Health & Wellness).

Firme aquí > _____
Firma del afiliado o de su representante autorizado Fecha

Nombre del afiliado o de su representante autorizado en letra de imprenta

Relación (si firma alguien que no es el afiliado)

INSTRUCCIONES: Envíe este formulario por fax al **1-855-460-1009**; o envíelo por correo postal a California Health & Wellness, Attn: Appeals and Grievance Coordinator, 1740 Creekside Oaks Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95833.