

要求修订 受保护健康信息

此表格是用来要求修订由 EmblemHealth 及联合健康保险所维护之专用记录集 (Designated Record Set, DRS) 中的受保护健康信息 (protected health information, PHI)。如果要修订的受保护健康信息 (PHI) 是关于并非由 EmblemHealth 及联合健康保险管理之您的其它福利, 您必须联系直接管理这类福利的实体。在做出同意或拒绝您要求的决定时, 会将解释我们决定的信函邮寄给您或您的授权个人代表。请以正楷完整填写本表格两面的信息。

要求修订下列人士的受保护健康信息 (PHI)

姓名 _____ 街道地址 _____
 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____ 电话号码 _____ - _____ - _____
 出生日期 ____ / ____ / ____ 性别 男性 女性 非二元性别 其它(请指明) _____
 和投保人的关系 本人 子女 如为其它关系, 请说明 _____

所要求的修订

请指明您认为是不正确或不完整的个人健康信息 (PHI) 并说明错误情况。如果信息是关于请款、服务日期、治疗授权等, 请指明任何请款号码、日期或其它能帮助我们处理您要求的信息。请附上您希望要修订之信息的副本。

如果您知道有其他人持有此信息并且我们在修订此信息时应通知此人 / 这些人, 请将此人 / 这些人列于下方。

姓名	地址	关系 (例如: 医疗护理提供者、计划赞助者等)

会员签名或其个人代表签名

所要求的个人健康信息 (PHI) 与其相关之个人的授权签名或该个人之个人授权代表的授权签名:

本人授权将指明之个人健康信息 (PHI) 的修订送交给本人;送交给前一段中指示的其他人;或送交获得法律授权可代表本人行事之其他人,地址列于本表格第 1 部份。

个人签名 _____ 日期

/	/	
MM	DD	YYYY

父母或个人代表签名(如适用) _____ 日期

/	/	
MM	DD	YYYY

代表姓名 _____ 街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____ 电话号码 _____ - _____ -

与个人的关系及代表个人行事之授权 _____

重要:个人代表(包括父母、法定监护人或遗产执行人)可能必须在本要求表附上法律书面记录的副本。

投保人身份

NYCE 首选医疗机构 (PPO) 会员卡号 _____ 团体编号 _____

投保人姓名 _____ 街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____ 电话号码 _____ - _____ -

请保留本文件的副本以作记录。

请将填妥的表格寄回至:

NYCE PPO Plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

传真:888-742-4179