

## 要求受保护健康信息非例行公开细目

健康保险可携性和问责性法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的隐私规定准许个人可要求收到其受保护健康信息 (Protected Health Information, PHI) 特定公开的细目。EmblemHealth 和联合健康保险可能会基于治疗、付款、健康护理运营等目的或在健康保险可携性和问责性法案 (HIPAA) 隐私规定或其它州或联邦法规定或准许时公开您的受保护健康信息 (PHI)。我们的隐私权通知告知您可能会在这类公开发生时不经您同意即进行公开。

除非获得授权能获取他人的相关信息, 否则**您只能要求获取与您自己相关的特定公开细目。**

我们必须追踪并于要求时向您报告在 2003 年 4 月 14 日当天或之后对受保护健康信息 (PHI) 进行的所有公开情况, 但基于以下理由而公开或对以下实体的公开除外: (i) 为了治疗、付款或健康护理运营而公开; (ii) 向您本人或向获得合法授权可代表您行事的人公开; (iii) 根据您的本人或获得合法授权可代表您行事的人所填写并签名的授权书而向任何人公开; (iv) 或等同于因其它原因而获准或必要的使用或公开。

填写此表格时, 请:

- 完整填写所有部份
- 以正楷清楚填写
- 向我们提供您的最新信息

**请注意:**如果您是相关个人的监护人或法院指定的代表, 您必须附上可代表该个人的授权书副本, 才能查阅其受保护健康信息 (PHI)。

我们只能向您提供 EmblemHealth 及联合健康保险针对由 EmblemHealth 及联合健康保险所管理之福利而进行的非例行公开细目。如果要获取针对并非由 EmblemHealth 及联合健康保险管理之其它福利的您的受保护健康信息 (PHI) 非例行公开细目, 您必须联系直接管理这类福利的实体。如果我们无法于收到您的要求后 60 天内备妥公开细目, 我们将联系您并告诉您将会延迟。

此表格是用于申请列出您受保护健康信息 (Protected Health Information, PHI) 非例行公开的报告。必须要完整填写, 才能确保 EmblemHealth 及联合健康保险能正确处理您的要求。待要求处理完毕时, 会将报告邮寄给您或您的授权个人代表。请以正楷完整填写本表格。

## 要求下列人士的受保护健康信息 (PHI) 公开细目

会员姓名 \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_  
月月 日日 年年年年  
与投保人的关系 本人 子女 如为其它关系, 请说明 \_\_\_\_\_

## 本要求的日期

指明您要求信息的日期范围

自 2003 年 4 月 14 日至本要求的日期 自 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
月月 日日 年年年年 月月 日日 年年年年

请注意, 我们无法向您提供在 2003 年 4 月 14 日前公开情况的信息。

## 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:

本人授权将本人个人健康信息 (PHI) 的公开细目送交给本人; 送交给在签名之授权书中指示的其他人; 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。本人了解, 此要求不适用于特定类型的公开, 包括基于治疗、付款或健康护理运营等目的之公开。

个人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
月月 日日 年年年年

父母或个人代表签名(如适用) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
月月 日日 年年年年

父母或个人代表的姓名 \_\_\_\_\_ 街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

与相关个人的关系及代表相关个人行事之授权 \_\_\_\_\_

**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) 会员卡号码 \_\_\_\_\_ 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