

要求访问受保护健康信息

您有权访问和检阅 EmblemHealth 和联合健康保险为了对您的福利做出相关决定而维护和使用的个人信息。健康保险可携性和问责性法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 将此称为您的受保护健康信息 (protected health information, PHI), 保存于专用记录集 (Designated Record Set, DRS) 中。此专用记录集 (DRS) 包括参加注册信息、付款之请款要求、请款付款、个案或医疗管理记录、上诉、投诉档案及在对您的福利做出相关决定时全部或部份使用的其它记录。

除非您获得法律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信息。**

为了让您能更容易理解此信息, 我们可向您提供摘要列出您资格、请款和治疗授权信息的报告, 时间可回溯至自您要求日期前六年。提醒您, 如果您索要此摘要信息, 而过去六年间不曾对您的治疗处理过任何请款, 我们则可能只能将您的资格记录提供给您。如果您现在索要此资格、请款和治疗授权摘要信息, 但后来决定您想要补充信息, 您到时候可以索要额外信息。如果您现在需要更详细的信息, 您可以索要该信息。

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

指明您在所附表格中索要的记录类型, 及您想要获取的信息的日期。再次提醒, 我们能向您提供的信息时间跨度最长为回溯六年。

我们将回复经会员授权可接受其受保护健康信息 (PHI) 的个人代表 (例如: 父母、法院指定代表、家人) 提出的要求。不过, 我们可能会要求会员或会员的个人代表提供额外的书面记录, 以核实其代表会员行事的权限。

请注意, 我们只会向您提供有关 EmblemHealth、联合健康保险或其关联机构所管理之福利的受保护健康信息 (PHI)。如果要获取有关并非由 EmblemHealth、联合健康保险或其关联机构管理之其它福利的您的受保护健康信息 (PHI), 您必须联系直接管理这类福利的实体。如果我们无法在收到您要求的日期后 30 天内将您受保护健康信息 (PHI) 的副本寄给您, 我们将联系您并告知延迟事宜。

要求访问受保护健康信息

请使用此表格要求访问在 EmblemHealth 和联合健康保险的您的受保护健康信息 (protected health information, PHI)。请完整填写此表格 (正面和背面), 确保能找到和公开您的受保护健康信息 (PHI)。待要求获准时, 会将您受保护健康信息 (PHI) 的副本邮寄给您或您的授权个人代表。

下列人士的受保护健康信息

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 _____

要求的信息类型

请从以下三个选项中选择一项, 指明您希望收到的信息类型:

(选项 1) 我希望收到摘要列出我资格、请款和治疗授权信息的报告。

(选项 2) 我希望收到下列信息 (如适用):

- 资格
- 请款付款及裁决信息
- 治疗授权
- 我的福利的护理和治疗协调
- 我曾提交的上诉和投诉

(选项 3) 我之前已要求收到列出我资格、请款和治疗授权信息的摘要报告, 并希望收到关于以下请款或治疗授权的更详细信息:

请款号码 _____

授权号码 _____

要求的信息 (与这些特定请款或授权相关):

- 详细的请款付款及裁决信息
- 护理和治疗协调信息 (请指明): _____
- 我曾提交的上诉和投诉

所要求信息的日期范围

我希望收到以下日期的信息:

自此要求日期前六年

自 / / 至 / /
月月 日日 年年年年 月月 日日 年年年年

请记得, 我们无法提供超过自您要求日期起回溯六年的信息。

