



7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231-9802

獲得健康資訊的申請

根據《健康保險流通與責任法案》，您有權檢查和接收某些健康資訊的副本。Health Plan 可能能夠為您提供投保、付款、理賠以及醫療或病例管理記錄。我們也可以代表您將這些資訊郵寄給其他人。如果您需要病歷的副本，請聯絡您的醫生或醫院。

您必須填寫完整個表格。填寫完成後，可以將本表格郵寄或遞交到以下地址：

Health Plan of San Joaquin
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231-9802

也可以將表格傳真到：(209) 461-2550，或透過安全電子郵件傳送給 HPSJ。

請告訴我們您希望收到的資訊：（服務日期、傷害或疾病類型以及您的醫生姓名、醫院或其他醫療服務提供者將協助我們盡快回覆您的申請）：

如果 Health Plan 接受了您的申請，我們將在收到您的申請後 30 天內為您準備好資訊。如果需要更多時間，我們將通知您。

如果 Health Plan 必須拒絕您的申請，將在收到您的申請後 30 天內通知您拒絕原因。

Health Plan 可能會向您收取複印和郵寄您的健康資訊的費用。影本每頁的費用為 0.25 美分。郵費取決於郵寄的頁數。您是否同意支付這些費用？

是 或 否

您是需要這些資訊的實際副本還是希望我們進行摘要（請勾選一項）？

副本 或 摘要

您希望我們如何提供您的健康資訊（請勾選一項）？

郵寄給下列人員：姓名

街道地址

城市 州 郵遞區號

郵寄給您。

面對面提供。我們的辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。請告訴我們您想要到訪 Health Plan 辦公室並與客服代表會面的日期和時間：

月和日

時間

其他： _____

會員的正楷姓名

Health Plan 會員編號

會員或個人代表簽名

日期

電話號碼

備註：如果您以會員的個人代表的身份行事，請告訴我們您與會員的關係：

_____。