



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

### 请求获取健康信息

根据《健康保险流通与责任法案》规定，您有权检查和接收某些健康信息副本。Health Plan of San Joaquin 可为您提供您的注册、付款、索赔以及医疗或病例管理记录。我们也可以代表您将此信息邮寄给其他人士。如果您需要病历副本，请联系您的医生或医院。

您必须完整填写表格。表格填写完毕后，可邮寄或亲自送至以下地址：

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

您也可以将表格传真至 (209) 461-2550，或通过安全电子邮件发送至 Health Plan of San Joaquin。

请告诉我们您希望收到哪些信息：（为了帮助我们更快回复您的请求，请提供服务日期、受伤或疾病类型以及您的医生姓名、医院或其他医疗服务提供者的名称）：

---

---

---

如果 Health Plan of San Joaquin 接受您的请求，我们将在收到请求后 30 天内将信息准备妥当。如果需要更多时间，我们会通知您。

如果 Health Plan of San Joaquin 无法接受您的请求，我们将在收到请求后 30 天内告知您原因。

Health Plan of San Joaquin 可能会向您收取复印和邮寄健康信息的费用。复印成本为每页 0.25 美分。邮寄费用取决于邮寄页数。您是否同意支付上述费用？

是      或者       否

您想要获得此信息的实际副本，还是希望我们为您提供摘要（勾选一项）？

副本      或者       摘要

您希望我们通过哪种方式向您提供健康信息（勾选一项）？

邮寄给以下人员：

\_\_\_\_\_  
姓名

\_\_\_\_\_  
街道地址

\_\_\_\_\_  
城市                      州                      邮政编码

邮寄给您本人。

亲自送交给您。我们的办公时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。请说明您希望访问 Health Plan of San Joaquin 办公室并与客户服务代表会面的日期和时间：

\_\_\_\_\_  
月份和日期

\_\_\_\_\_  
时间

其他： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
会员印刷体签名

\_\_\_\_\_  
Health Plan ID 号码

\_\_\_\_\_  
会员或个人代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
电话号码

备注：如果您是会员的个人代表，请说明您与该会员的关系：

\_\_\_\_\_。