

YÊU CẦU TRUY CẬP THÔNG TIN Y TẾ

Theo Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế, quý vị có quyền kiểm tra và nhận bản sao của một số thông tin y tế nhất định. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe”) có thể cung cấp cho quý vị thông tin ghi danh, thanh toán, yêu cầu bảo hiểm và hồ sơ quản lý trường hợp hoặc y tế của quý vị. Chúng tôi cũng có thể thay mặt quý vị gửi thông tin này cho người khác. Nếu quý vị cần bản sao hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ với bác sĩ hoặc bệnh viện.

Quý vị phải điền đầy đủ thông tin vào toàn bộ biểu mẫu này. Sau khi hoàn thành, quý vị có thể gửi biểu mẫu qua đường bưu điện hoặc mang trực tiếp đến địa chỉ sau:

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

Quý vị cũng có thể gửi fax biểu mẫu đến số: **1-209-461-2550** hoặc gửi đến Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe bằng email bảo mật.

Vui lòng cho chúng tôi biết quý vị muốn nhận thông tin gì: (những thông tin như ngày nhận dịch vụ, loại chấn thương hoặc bệnh tật, tên bác sĩ, bệnh viện hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ giúp chúng tôi phản hồi yêu cầu của quý vị nhanh hơn):

Nếu Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe chấp nhận yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ chuẩn bị để gửi thông tin cho quý vị trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu. Nếu cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Nếu Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe từ chối yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo lý do cho quý vị trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu.

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có thể tính phí in ấn và chuyển phát thông tin y tế cho quý vị. Phí in ấn là 0,25 xu mỗi trang. Phí chuyển phát phụ thuộc vào số lượng trang gửi đi. Quý vị có đồng ý trả những khoản phí này không?

Có Không

Quý vị muốn nhận thông tin đầy đủ hay tóm tắt (chọn một)?

Thông tin đầy đủ hay Bản tóm tắt

**YÊU CẦU TRUY CẬP
THÔNG TIN Y TẾ**



Quý vị muốn chúng tôi cung cấp thông tin y tế theo cách thức nào (chọn một)?		
Gửi qua đường bưu điện đến người có tên dưới đây:		
Tên:		
Địa Chỉ Đường Phố:		
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:

Gửi qua đường bưu điện cho quý vị.	
Đến lấy trực tiếp. Văn phòng của chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Vui lòng cho chúng tôi biết ngày và giờ quý vị muốn đến văn phòng Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và gặp Đại Diện Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng:	
Tháng và ngày: _____	Giờ: _____
Khác:	

..... Tên Viết In Hoa của Hội Viên	 Số ID Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe
..... Chữ Ký của Hội Viên hoặc Người Đại Diện Cá Nhân	 Ngày
..... Số Điện Thoại	

Lưu ý rằng nếu quý vị là Người Đại Diện Cá Nhân của hội viên, vui lòng cho chúng tôi biết mối quan hệ của quý vị với hội viên:

.....
Mối Quan Hệ với Hội Viên