

## 受保護的健康資訊檢查、複製及披露申請表

本通知向您說明如何做可調閱、檢查、複製及披露我們所持有與您相關的健康資訊。請仔細檢閱本通知並填妥所有頁面，然後將本表格寄回最上方所列的地址。

### A 部分：會員資訊

會員姓名：		
會員地址：		
城市：	州：	郵遞區號：
出生日期：	會員識別號碼：	電話：

### B 部分：資訊類型

<input type="checkbox"/> 護理管理記錄	日期
<input type="checkbox"/> 索賠記錄	日期
<input type="checkbox"/> 參保申請表	日期
<input type="checkbox"/> 醫療服務核准申請	日期
<input type="checkbox"/> 行動通知	日期
<input type="checkbox"/> 藥房索賠記錄	日期
<input type="checkbox"/> 藥房預先核准申請	日期
<input type="checkbox"/> 州公平聽證會聲明	日期
<input type="checkbox"/> 其他（請明列）：	日期
<input type="checkbox"/> 上述資訊摘要	日期

### C 部分：形式 / 格式

<input type="checkbox"/> 紙本
<input type="checkbox"/> 電子檔
<input type="checkbox"/> 其他（請明列）：
如果 L.A. Care 無法立即將資訊以您要求的形式或格式提供給您，我們將以清晰易讀的紙本形式或其他您同意的形式 / 格式提供資訊。



**D 部分：提供方式**

- 親自到 L.A. Care 辦公室檢查
- 親自到 L.A. Care 辦公室領取
- 郵寄至檔案中的會員地址
- 郵寄至另外地址和（或）郵寄給其他人士（請於下方明列）：

姓名：

地址：

城市 / 州 / 郵遞區號：

**E 部分：目的**

本人瞭解 L.A. Care 可能會向本人收取受保護的健康資訊之副本費用。本人瞭解您將會致電給本人以告知取得副本所需的費用。

如果本人索取摘要，本人瞭解 L.A. Care 可能會向本人收取準備摘要的費用。此費用可能包含準備摘要預估所需的時間和花費。如果本人要求郵寄摘要，您亦可能向本人收取郵資。本人瞭解您將會致電給本人以告知取得摘要所需的費用。

**F 部分：簽名**

今天日期：

會員或個人代表簽名：

如果是由個人代表簽名，請說明與會員的關係：

**L.A. CARE USE ONLY**

Date Received/Filled Out:

If Completed by L.A. Care Staff (staff may not complete form if records will be sent to another person):

Staff Member Name:

Staff Member Extension:

Date Information Released:

Staff Name: