

보호되는 건강 정보 조사, 복사 및 공개 요청 양식

본 통지서는 귀하에 관해 저희가 보유하고 있는 건강 정보 검토, 조사, 복사 및 공개 방법을 설명하는 것입니다. 주의 깊게 읽고 모든 페이지를 작성하십시오. 이 양식 맨 위쪽에 있는 주소로 반송하십시오.

파트 A: 가입자 정보		
가입자 이름:		
가입자 주소:		
시:	주:	우편번호:
생년월일:	가입자 ID:	전화번호:

파트 B: 정보의 유형	
<input type="checkbox"/> 진료 관리 기록	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 청구 기록	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 가입자 양식	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 의료 승인 요청	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 결정통지서	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 약국 청구 기록	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 약국 사전 승인 요청	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 주정부 공정심의회 진술	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 기타 (기재하십시오):	날짜(들)
<input type="checkbox"/> 상기 정보 요약	날짜(들)



파트 C: 양식/형식

- 종이
- 전자 파일
- 기타 (기재하십시오):

L.A. Care 에서 귀하가 요청한 양식 또는 형식으로 정보를 바로 생산할 수 없는 경우 정보는 읽을 수 있는 인쇄본 또는 귀하가 동의한 양식/형식으로 귀하에게 제공될 것입니다.

파트 D: 수령 방법

- L.A. Care 사무실에서 직접 검토
- L.A. Care 사무실에서 직접 수령
- 파일에 기록된 가입자 주소로 우편 발송
- 다른 주소 및/또는 사람에게 우편 발송 (기재해 주십시오):

이름: _____

주소: _____

시/주/우편번호: _____

파트 E: 목적

본인은 본인의 보호되는 건강 정보의 복사본에 대해 L.A. Care 가 요금을 청구할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 귀사가 전화로 복사본 요금에 대해 알려줄 것이라는 것을 알고 있습니다.

본인이 요약본을 요청하는 경우 본인은 귀사가 요약본 준비에 대해 요금을 청구할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 요금에는 요약본 준비를 위한 추정 시간 및 비용이 포함될 수 있습니다. 본인이 요약본의 우편 발송을 요청하는 경우 귀사에서 우편요금을 청구할 수도 있습니다. 본인은 귀사가 전화로 요약본 요금에 대해 알려줄 것이라는 점을 알고 있습니다.



파트 F: 서명

오늘 날짜

가입자 또는 개인 대리인 서명:

대리인인 경우 관계:

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: