

記錄申請表



會員須知

- 除了限定的例外情況以外，您有權查看或獲取指定記錄集中的您的受保護的健康資訊 (Protected health information, PHI) 副本。要獲得您的 PHI 副本，請填寫此表並郵寄或傳真到以下地址。
- 您可以要求我們提供影印本以外格式的副本。除非我們實際上無法這樣做，否則我們將使用您要求的格式。
- 如果我們拒絕您的請求，我們將向您提供書面說明，並告訴您是否可以審核拒絕的原因以及如何要求進行此類審核，或者是否無法審核拒絕。
- 將填寫好的表格郵寄到：
Coordinated Care, ATTN: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402
傳真：1-877-644-4602 | 會員服務：1-877-644-4613 (TTY: 711)

會員資訊 (工整書寫)：

會員姓名：_____ 會員出生日期：_____/_____/_____ (月/日/年)

會員地址：_____
(地址必須是 Coordinated Care 已存檔的地址)

會員 ID 編號：_____ 會員電話號碼：_____

申請的記錄：

列出記錄的類型：

- | | |
|----------|----------|
| a. _____ | f. _____ |
| b. _____ | g. _____ |
| c. _____ | h. _____ |
| d. _____ | i. _____ |
| e. _____ | j. _____ |

發送記錄到

選擇您想接收記錄的方式：

郵寄

姓名：_____

地址：_____

市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

傳真

傳真號碼：_____

電子郵件

電子郵件地址：_____

會員或會員的個人代表簽名

日期

會員的個人代表的工整書寫姓名

與會員或 * 個人代表的關係

* 個人代表-- 請附上您代表會員的法律授權書 (如授權書或監護令) 的副本。如果沒有證明文件，本表將不會被處理。

Washington Apple Health 和 Apple Health Foster Care 計劃由 Coordinated Care of Washington, Inc. 發行。
由 Coordinated Care Corporation 發行的 Ambetter 計劃