

Форма запроса на получение документов



Вниманию участников

- У вас есть право (за ограниченными исключениями) просматривать свою защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI), содержащуюся в установленном наборе документов, или получать ее копии. Чтобы получить копии вашей PHI, заполните эту форму и отправьте ее по почте или факсу, используя указанные ниже данные.
- Вы можете потребовать, чтобы мы предоставили копии в формате, отличном от фотокопий. Мы будем использовать запрашиваемый вами формат, за исключением случаев, когда это практически невозможно.
- Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим письменное объяснение и сообщим о том, могут ли причины отказа быть пересмотрены и как попросить о таком пересмотре, или о невозможности пересмотра данного отказа.
- Отправьте заполненную форму по адресу:
Coordinated Care, ATTN: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402
Факс: 1-877-644-4602 | Обслуживание участников: 1-877-644-4613 (TTY: 711)

Информация об участнике (печатными буквами)

Имя и фамилия участника: _____ Дата рождения участника: ____/____/____

Адрес участника: _____
(Адрес должен соответствовать имеющемуся в базе данных Coordinated Care.)

Идентификационный номер участника: _____ Номер телефона участника: _____

Запрашиваемые документы

Перечислите типы документов:

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

Куда отправить документы

Выберите желаемые способы получения документов.

Почта

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Факс

Номер факса: _____

Электронная почта

Адрес электронной почты: _____

Подпись участника или его личного представителя

Дата

Имя и фамилия личного представителя участника печатными буквами

Степень родства с участником или личным представителем*

* Если вы личный представитель, приложите копию вашего юридического разрешения представлять интересы участника (например, доверенность или постановление об опеке). Эта форма не будет рассматриваться без подтверждающих документов.

Планы Washington Apple Health и Apple Health Foster Care обеспечиваются компанией Coordinated Care of Washington, Inc. План Ambetter обеспечивается компанией Coordinated Care Corporation.