

# Mẫu Yêu Cầu Cung Cấp Hồ Sơ



## Thông Báo Cho Thành Viên

- Ngoại trừ một số ngoại lệ hữu hạn, quý vị có quyền xem xét hoặc nhận bản sao Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) của mình trong một tập hồ sơ được chỉ định rõ. Để được nhận bản sao PHI, quý vị vui lòng hoàn thành mẫu này và gửi qua đường bưu điện hoặc fax tới địa chỉ dưới đây.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao ở định dạng khác mà không phải định dạng bản phôi-tô. Chúng tôi sẽ sử dụng định dạng quý vị yêu cầu trừ khi chúng tôi không thể làm vậy trên thực tế.
- Nếu chúng tôi khước từ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị lời giải thích bằng văn bản và cho quý vị biết liệu có thể tái xét lý do khước từ hay không, cũng như cách yêu cầu tái xét như vậy, hoặc cho quý vị biết là không thể tái xét quyết định khước từ đó.
- Xin gửi mẫu đã hoàn thành qua đường bưu điện về:  
Coordinated Care, ATTN: Compliance Department  
1145 Broadway, Suite 700  
Tacoma, WA 98402  
Fax: 1-877-644-4602 | Dịch Vụ Thành Viên: 1-877-644-4613 (TTY: 711)

## Thông Tin Thành Viên (viết in hoa):

Tên của Thành Viên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh của Thành Viên: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Địa Chỉ của Thành Viên: \_\_\_\_\_  
(*Đây phải là địa chỉ đã được lưu trên hệ thống của Coordinated Care*)

Số ID Thành Viên: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại của Thành Viên: \_\_\_\_\_

## Hồ Sơ được Yêu Cầu Cung Cấp:

Liệt kê các loại hồ sơ:

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

## Gửi Hồ Sơ về

Chọn phương pháp nhận hồ sơ mà quý vị mong muốn:

### Qua Đường Bưu Điện

Tên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_

### Qua Fax

Số Fax: \_\_\_\_\_

### Qua Email

Địa Chỉ Email: \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Thành Viên hoặc Người Đại Diện Cá Nhân của Thành Viên

Ngày

Tên Viết In Hoa của Người Đại Diện Cá Nhân của Thành Viên

Quan Hệ với Thành Viên hoặc \*Người Đại Diện Cá Nhân

\*Người Đại Diện Cá Nhân – vui lòng nộp một bản tài liệu ủy quyền hợp pháp cho phép quý vị đại diện cho thành viên (như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ). Mẫu này sẽ không được xử lý nếu không có giấy tờ đi kèm.

**Chương trình bảo hiểm Washington Apple Health và Apple Health Foster Care do Coordinated Care of Washington, Inc. phát hành Chương trình bảo hiểm Ambetter do Coordinated Care Corporation phát hành**