

健康信息访问申请表



根据《健康保险流通与责任法案》的规定，您有权检查和接收某些健康信息的副本。Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (简称为"Health Plan") 可以向您提供您的投保、付款、索赔以及医疗或个案管理记录。我们也可以代表您将这些信息邮寄给其他人。如果您需要医疗记录的副本，请联系您的医生或医院。

您必须完整填写本表格。表格填妥后，您可以将其邮寄或送往以下地址：

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231-9802

您也可以将表格传真至：**1-209-461-2550** 或通过安全电子邮件将表格发送至 Health Plan.

请告诉我们您希望收到什么信息：（服务日期、受伤或疾病类型、医生姓名、医院或其他医疗服务提供者的名称将有助于我们更快地回应您的申请）：

--

如果 Health Plan 接受您的申请，我们将在收到您的申请后 30 天内向您提供这些信息。如果需要更多时间，我们将通知您。

如果 Health Plan 必须拒绝您的申请，我们将在收到您的申请后 30 天内通知您拒绝原因。

Health Plan 可能会向您收取打印和邮寄健康信息的费用。打印件每页的费用为 0.25 美分。邮费取决于邮寄的页数。您是否同意支付这些费用？

是 或 否

您需要这些信息的实际副本还是希望我们进行总结（请勾选一项）？

副本 或 总结

您希望我们如何寄送您的健康信息（请勾选一项）？

邮寄给下列人员：

姓名：

街道地址：

城市：

州：

邮政编：

邮政编码 邮寄给您。
自取。我们的办公时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。请告诉我们您希望在哪一天和什么时间到 Health Plan 办公室与客户服务代表见面
月和日: _____ 时间: _____
其他:

.....

会员的正楷书写姓名

Health Plan ID 编号

.....

会员或个人代表的签名

日期

.....

电话号码

备注：如果您是会员的个人代表，请告诉我们您与该会员的关系：

.....