

Sa ilalim ng Batas sa Paghawak at Pananagutan sa Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), may karapatan kang makita at makakuha ng kopya ng impormasyon sa kalusugan sa iyong itinalagang set ng rekord (designated record set). Ayon sa HIPAA, ang itinalagang set ng rekord ay isang grupo ng mga rekord na nasa file ng Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tungkol sa isang miyembro.

Maaaring maglamang ang mga rekord ng miyembro ng SCFHP ng:

- Impormasyon sa pagpapatala
- Impormasyon sa kwalipikasyon
- Mga pagbabayad ng claim
- Mga medikal na rekord na may kaugnayan sa pagpapahintulot ng paggamot, mga referral sa mga espesyalistang doktor o mga medikal na pasilidad
- Ibang impormasyong nakakatulong sa SCFHP na tukuyin ang medikal na pangangalaga ng miyembro at kalidad ng pangangalaga.

Itinatago ang mga kumpletong medikal na rekord sa tanggapan ng doktor. Makipag-ugnayan sa tanggapan ng iyong doktor kung nais mong i-access ang iyong mga medikal na rekord.

Hindi maaaring gamitin ang karapatang makuha ang iyong mga rekord sa mga sumusunod:

- Mga tala sa psychotherapy (pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip)
- Impormasyong kailangan para sa sibil, kriminal, o administratibong aksiyon o paglilitis
- Protektadong impormasyon sa kalusugan (protected health information) na:
 - a) Napapailalim sa Mga Susog sa Pagpapabuti ng Mga Klinikal na Laboratoryo ng 1988 (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988, "CLIA"), 42 USC 263a, sa hangganang ang pagkakaloob ng access sa iyo ay ipagbabawal ng batas; o
 - b) Nakabukod mula sa Mga Susog sa Pagpapabuti ng Mga Klinikal na Laboratoryo ng 1988 ("CLIA"), alinsunod sa 42 CFR 493.3(a)(2).

Maaari mong hilingin ang iyong itinalagang set ng rekord mula sa SCFHP sa pamamagitan ng pagkumpleto ng sumusunod na form. Tutugon ang SCFHP nang may pag-apruba o pagtanggihan sa iyong kahilingan sa loob ng 30 araw mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang iyong kahilingan.

Kung napagpasiyahan naming hindi ka pinapahintulatang makita at/o kopyahin ang alinman o lahat ng iyong itinalagang set ng rekord, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Ipapaalam sa iyo ng nakasulat na pagtanggihan ang:

- Mga dahilan kung bakit namin tinatanggi ang iyong kahilingan
- Higit pang impormasyon kung may karapatan kang ipasuri ang pagtanggihan

Kung tinanggap namin ang iyong kahilingang makita at/o kopyahin ang iyong itinalagang set ng rekord, sasabihin namin sa iyo:

- Na tinatanggap namin ang iyong kahilingan
- Kung paano mo makukuha ang impormasyon

Mangyaring ilista ang mga rekord na hinihiling mo mula sa SCFHP. Maaaring tanggihan ng SCFHP ang iyong kahilingan kung hindi nagmula sa SCFHP ang mga rekord na iyong hinihiling o kung ang mga iyon ay nakalista sa itaas bilang hindi maaaring i-access.

Paano mo gustong matanggap ang impormasyon?

☐ Kukunin Mo ang Papel na Kopya (Photocopy) sa
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave.
San Jose, CA 95119

Kailan ka makakabisita sa SCFHP para kunin ang impormasyon?

Petsa at Oras

- ☐ I-fax ang Kopya sa _____
- ☐ Mag-email ng Kopya sa _____
- ☐ Magpadala ng Kopya sa _____

Kung hindi maibibigay ng SCFHP ang impormasyon sa paraang iyong hiniling, makikipag-ugnayan kami sa iyo upang tingnan ang ibang paraan kung paano namin maibibigay ang impormasyon sa iyo.

Buod ng Impormasyon sa Iyong Mga Rekord

Sa ilang mga kaso, pinapahintulutan ng batas ang SCFHP na bigyan ka ng mas unting impormasyon sa hiniling mo. Kung napagpasiyahan naming hindi namin mabibigay ang lahat ng hiniling mong impormasyon, sasabihin namin sa iyo na mabibigyan ka lamang namin ng buod ng iyong impormasyon.

Sumasang-ayon ka bang makatanggap ng buod ng hiniling na impormasyon sa halip na magkaroon ng access?

☐ Oo ☐ Hindi

Halaga ng Pagkopya ng Iyong Mga Rekord

Maaaring humiling ang Santa Clara Family Health Plan ng kabayaran para saklawan ang halaga ng paggawa, pagkokopya, pagpapadala, at paghahanda ng buod ng hiniling na impormasyon. Ipapaalam sa iyo ang kabuuang halaga ng kabayaran pagkatapos matukoy ang gastusin.

Sumasang-ayon ka ba sa mga ipinapataw na kabayaran ng Santa Clara Family Health Plan para sa pagbibigay ng kopya o buod ng hiniling na impormasyon? ☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng Miyembro (Naka-print)

Petsa

Pirma ng Miyembro

Kung pumipirma ka sa ngalan ng miyembro ng SCFHP, halimbawa, ang iyong anak o nasa hustong gulang na walang kakayahan (incapacitated adult) para gawin ito, mangyaring punan ang bahagi sa ibaba.

Pangalan ng Personal na Kinatawan

Petsa

Kaugnayan sa Miyembro

Kung mayroon kang anumang tanong, mangyaring tumawag sa Serbisyo sa Customer sa **1-800-260-2055 (TTY: 711)**.

Mangyaring ibalik ang nasagutang form sa pamamagitan ng:

U.S. Mail:

Santa Clara Family Health Plan
Attn: Customer Service
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Fax:

Santa Clara Family Health Plan
Attn: Customer Service
1-408-874-1965