

根据《健康保险便利和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 规定, 您有权查看和获取您指定记录中的健康信息副本。HIPAA 将指定记录定义为 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 保留的会员相关信息存档。

SCFHP 会员记录可能包含:

- 投保信息
- 资格信息
- 索赔金额
- 治疗授权、转诊专科医生或医疗机构等相关医疗记录
- 帮助 SCFHP 确定会员医疗保健服务及服务质量的其他信息。

医生办公室持有完整的医疗记录。如需查看您的医疗记录, 请与医生办公室联系。

获取记录的权利不适用于以下情况:

- 心理治疗 (心理健康护理) 记录
- 民事、刑事或行政诉讼或上诉所需的信息
- 受保护健康信息指:
 - a) 根据 1988 年《临床实验室改进修正案》(Clinical Laboratory Improvements Amendments, CLIA) 42 USC 263a 条, 法律规定禁止向您提供访问权限的信息; 或
 - b) 1988 年《临床实验室改进修正案》(CLIA) 42 CFR 493.3(a)(2) 条规定的豁免信息。

您可以填写以下表格, 请求 SCFHP 提供指定记录。SCFHP 将在收到您的请求后 30 天内答复您请求获准还是遭拒。

如果我们决定您不能查看和/或获取您的任何或所有指定记录副本, 我们将以书面形式向您告知。书面拒绝通知书的内容包括:

- 请求遭拒的原因
- 关于您有权要求对拒绝决定展开核查的更多信息

如果我们接受您查看和/或获取指定记录副本的请求, 我们将:

- 向您告知我们接受您的请求
- 向您告知您将如何获取相关信息

请列出您向 SCFHP 申请查看的记录。如果您请求的记录并非来自于 SCFHP 或属于上述所列的不可访问记录, 则 SCFHP 可能会拒绝您的请求。

您希望如何获取信息？

您可前往以下地址获取纸质副本（复印件）：
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave.
San Jose, CA 95119

您何时可造访 SCFHP 以获取信息？

日期和时间

将副本传真至： _____

通过电子邮件将副本发送至： _____

将副本邮寄至： _____

如果 SCFHP 无法以您请求的方式提供信息，则将与您联系，以改由其他方式提供。

记录信息概要

在某些情况下，法律允许 SCFHP 针对您的请求而向您提供较少的信息。如果我们决定无法向您提供您所要求的所有信息，则将向您告知我们只能提供相关信息摘要。

您是否同意获取所请求信息的摘要，而非全部信息？

是 否

记录副本费用

Santa Clara Family Health Plan 可能收取人工、复印、邮寄以及准备所要求信息之摘要等相关费用。费用确定之后，我们将向您告知费用总额。

您是否同意 Santa Clara Family Health Plan 收取此类费用，以便为您提供所要求的信息副本或摘要？ 是 否

会员姓名（正楷）

日期

会员签名

如果您代表其他 SCFHP 会员（例如您的子女或无行为能力的成人）签名，请填写以下信息。

个人代表姓名

日期

与会员的关系

如有任何疑问，请致电 **1-800-260-2055** (TTY: **711**) 与客户服务部联系。

请将填妥的表格寄回至：

美国信件：

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

传真：

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