

Theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HIPAA), quý vị có quyền xem và nhận bản sao thông tin sức khỏe trong bộ hồ sơ được chỉ định cho quý vị. HIPAA định nghĩa bộ hồ sơ được chỉ định là một nhóm các hồ sơ của một hội viên mà Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) có trong hệ thống của mình.

Các hồ sơ của hội viên SCFHP có thể bao gồm:

- Thông tin ghi danh
- Thông tin về điều kiện hội đủ
- Các khoản chi trả cho yêu cầu thanh toán
- Các hồ sơ y tế liên quan đến ủy quyền cho phép điều trị, giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa hoặc các cơ sở y tế.
- Các thông tin khác giúp SCFHP xác định dịch vụ chăm sóc sức khỏe của hội viên và chất lượng chăm sóc.

Các hồ sơ y tế hoàn chỉnh được lưu trữ tại văn phòng của bác sĩ. Hãy liên hệ với văn phòng bác sĩ của quý vị nếu quý vị muốn tiếp cận các hồ sơ y tế của mình.

Không thể áp dụng quyền nhận các hồ sơ của quý vị với những thông tin sau:

- Các ghi chú về trị liệu tâm thần (chăm sóc sức khỏe tâm thần)
- Thông tin cần thiết cho các hành động hay quy trình tổ tụng dân sự, hình sự hay hành chính
- Thông tin sức khỏe được bảo vệ:
 - a) Phải tuân theo Đạo Luật Sửa Đổi Cải Thiện Phòng Thí Nghiệm Lâm Sàng Năm 1988 ("CLIA"), 42 USC 263a, ở mức độ việc cung cấp quyền tiếp cận cho quý vị bị luật pháp cấm; hoặc
 - b) Được miễn trừ theo Đạo Luật Sửa Đổi Cải Thiện Phòng Thí Nghiệm Lâm Sàng Năm 1988 ("CLIA"), theo 42 CFR 493.3(a)(2).

Quý vị có thể yêu cầu bộ hồ sơ được chỉ định của mình từ SCFHP bằng cách hoàn thành biểu mẫu sau. SCFHP sẽ trả lời đồng ý hay từ chối yêu cầu của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Nếu chúng tôi quyết định rằng quý vị không được phép xem và/hoặc sao chép bất kỳ hay tất cả bộ hồ sơ được chỉ định cho quý vị, chúng tôi sẽ có văn bản thông báo cho quý vị. Văn bản từ chối sẽ cho quý vị biết:

- Các lý do tại sao chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị
- Thông tin bổ sung về việc liệu quý vị có quyền yêu cầu xem xét lại quyết định từ chối hay không

Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu xem và/hoặc sao chép bộ hồ sơ được chỉ định của quý vị, chúng tôi sẽ:

- Báo cho quý vị biết chúng tôi chấp nhận yêu cầu của quý vị
- Báo cho quý vị biết cách quý vị sẽ nhận được thông tin đó

Vui lòng liệt kê các hồ sơ mà quý vị đang yêu cầu từ SCFHP. SCFHP có thể từ chối yêu cầu của quý vị nếu các hồ sơ mà quý vị yêu cầu không phải do SCFHP tạo ra hoặc nếu chúng được liệt kê là hồ sơ không thể tiếp cận như ở trên.

Cách quý vị muốn nhận thông tin?

☐ Quý Vị Sẽ Nhận Bản Sao Bằng Giấy (Bản Photocopy) tại

**Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose CA 95119**

Khi nào quý vị có thể đến SCFHP để nhận thông tin?

Ngày và Giờ

☐ Fax một Bản Sao đến _____

☐ Email một Bản Sao đến _____

☐ Gửi qua đường bưu điện một Bản Sao đến _____

Nếu SCFHP không thể cung cấp cho quý vị thông tin theo cách quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để cân nhắc các cách khác mà chúng tôi có thể gửi thông tin cho quý vị.

Tóm Tắt Thông Tin Trong Hồ Sơ Của Quý Vị

Trong một số trường hợp, luật pháp cho phép SCFHP được quyền cung cấp ít thông tin hơn thông tin mà quý vị yêu cầu. Nếu chúng tôi quyết định rằng chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị tất cả các thông tin mà quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ cho quý vị biết chúng tôi chỉ có thể cung cấp cho quý vị bản tóm tắt thông tin của quý vị.

Quý vị có đồng ý nhận bản tóm tắt thông tin đã yêu cầu thay vì quyền truy cập thông tin không?

☐ Có ☐ Không

Chi Phí Sao Chụp Hồ Sơ Của Quý Vị

Santa Clara Family Health Plan có thể yêu cầu một khoản phí để chi trả cho chi phí nhân công, sao chụp, bưu chính và chuẩn bị bản tóm tắt thông tin đã yêu cầu. Quý vị sẽ được thông báo về tổng số phí sau khi đã xác định được chi phí.

Quý vị có đồng ý chi trả các khoản phí mà Santa Clara Family Health Plan áp dụng cho việc cung cấp bản sao hoặc bản tóm tắt thông tin đã yêu cầu không? ☐ Có ☐ Không

Tên Hội Viên (Viết In Hoa)

Ngày

Chữ Ký của Hội Viên

Nếu quý vị đang ký thay cho một hội viên của SCFHP, ví dụ như con em quý vị hay một người lớn mất năng lực, vui lòng điền phần thông tin bên dưới.

Tên của Người Đại Diện Cá Nhân

Ngày

Mối Quan Hệ Với Hội Viên

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số **1-800-260-2055** (TTY: **711**).

Vui lòng gửi lại biểu mẫu hoàn chỉnh qua:

Bưu Chính Hoa Kỳ:

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