

# 기록 요청 양식



## 회원에게 보내는 통지

- 가입자에게는 일부 예외적 상황을 제외하고 지정된 기록에 포함된 본인의 보안 건강 정보(PHI) 사본을 검토하거나 사본을 요청할 권리가 있습니다. PHI 사본을 받으려면 이 양식을 작성하여 메일 또는 팩스를 통해 아래 주소로 보내주십시오.
- 사진 이외의 다른 형식으로 사본을 제공하도록 당사에 요청할 수도 있습니다. 당사가 이행 불가능한 경우를 제외하고 가입자가 요청한 형식을 사용할 것입니다.
- 요청 사항을 당사가 거절할 경우, 사유서를 제공하고 거절 사유에 대한 검토 가능성 여부와 검토 요청 방법, 거절 결정을 검토할 수 없는지의 여부에 대해 설명할 것입니다.
- 작성한 양식은 다음 연락처로 보내주십시오.

Coordinated Care, ATTN: Compliance Department  
1145 Broadway, Suite 700  
Tacoma, WA 98402  
팩스: 1-877-644-4602 | 회원 서비스: 1-877-644-4613 (TTY: 711)

## 회원 정보(정자로 기입):

회원 성명: \_\_\_\_\_ 회원 생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

회원 주소: \_\_\_\_\_

(Coordinated Care 파일에 있는 주소를 사용해야 함)

회원 ID 번호: \_\_\_\_\_ 회원 전화번호: \_\_\_\_\_

## 요청한 기록:

기록 유형 목록:

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

## 기록 수령처

기록을 받고 싶은 방식을 선택하십시오.

### 우편

이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 도: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

### 팩스

팩스번호: \_\_\_\_\_

### 이메일

이메일 주소: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
회원 또는 회원 대리인의 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
회원 대리인의 자필 이름

\_\_\_\_\_  
회원 또는 대리인\*과의 관계

\*대리인 -- 회원을 대리한다는 사실을 증명하는 법적 권한 문서(위임장, 후견인 등기 등)의 사본을 제출하십시오. 이 양식이 처리되려면 제반 문서를 제공해야 합니다.

Washington Apple Health 및 Apple Health Foster Care 보험 상품은 Coordinated Care of Washington, Inc.에서 제공합니다.  
Ambetter 보험 상품은 Coordinated Care Corporation에서 제공합니다.