

受保護健康照 護資訊獲取申請表

我是 CareAllies® 的會員 / 計畫參加者，可使用本表格申請取得 CareAllies 所維護且由 CignaHealthCare 在我任職於下述雇主期間建立或接收有關於我的私人健康資訊 (PHI)。

身分驗證 - (請工整填寫)

申請 PHI 的會員 / 計畫參加者的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需。請填寫所有適用項目。)

會員 / 計畫參加者的姓名：_____ 出生日期：_____

電話號碼，以便我們在處理您的申請時若有必要可與您聯絡 (必填)：_____

社會安全號碼 (非必填)：_____ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____

投保人與會員 / 計畫參加者的關係：_____ 會員 / 計畫參加者的會員卡號碼 (如適用)：_____

投保人姓名 (如非會員 / 計畫參加者本人)：_____ 投保人的雇主姓名 / 名稱：_____

投保人的社會安全號碼 (如非會員 / 計畫參加者本人) (非必填)：_____

如果您自 CareAllies 取得前述項目以外的其他承保，也請您填寫以下資訊：

其他雇主姓名 / 名稱：_____

1. 會員 / 計畫參加者會員卡號碼：_____ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____

申請

CareAllies 寄送所申請資訊的地址：

申請 CareAllies 所維護紀錄中的資訊：

- 已裁定 (已處理) 的理賠：這是已給付或拒絕給付的理賠摘要。
(這不包括已經收件但尚未處理的理賠資訊 - 如果您希望取得這類理賠狀態的資訊，您可以撥打您或投保人的 CareAllies 會員卡上的免付費電話號碼聯絡會員服務部。)
- 投保人的雇主或投保人 / 會員 / 計畫參加者提供給 CareAllies 的投保或資格資訊。
(包括姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼等資訊。)
- 個案管理和醫療使用管理資訊 (CM/MM)。
- 其他資訊 (請說明)：_____

所申請資訊的類型：

- 我申請以上勾選有關我 CareAllies 醫療福利的資訊。
- 我申請以上勾選有關我 Cigna Behavioral Health 福利的資訊。
(您申請此資訊之前，請確保您有投保 Cigna Behavioral Health。)
- 我申請以上勾選有關我 Cigna Dental 福利的資訊。
(您申請此資訊之前，請確保您有投保 Cigna Dental。)

大多數我們所維護和提供的資訊都是 24 個月內的資訊。可能無法提供超過該期限的資訊。可能有投保人的雇主 / 團體健保計畫和 (或) 其業務夥伴建立或維護的其他 PHI，這類 PHI 不在本申請的回應範圍。您應該要聯絡雇主以取得任何其他資訊。



請注意

- 如果本表格中的資訊不完整，CareAllies 就會將表格退回給您，而且要等 CareAllies 收到完整的資訊時才會審查本申請。
- 您可能無權取得您全部的 PHI，而且不會收到心理治療紀錄，或因合理預期或為用於民事、刑事或行政訴訟或法律程序而匯整的資訊。

簽名

我已經閱讀並瞭解以上資訊： 日期： _____

會員 / 計畫參加者、父母 / 監護人、個人代表 (若有) 的簽名： _____

若非會員 / 計畫參加者本人簽名，請說明關係： _____

請注意，若尚未提供個人代表的權限證明文件，我們必須先取得相關權限證明文件，才算完成申請。

如果是由父母 / 監護人提出申請，請填寫以下資訊：會員 / 計畫參加者是 _____ 歲的未成年人。

如果您是代表未成年子女提出申請，我們可能會要求提供額外資訊，您才算完成申請。

填妥本表格後請寄回至：

CareAllies • PRIVACY OFFICE HIPAA UNIT • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422

傳真：877.815.4827 或 859.410.2419



「CareAllies」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，授權由 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均完全由這些營運子公司而非由 Cigna Corporation 提供。這些營運子公司包括 International Rehabilitation Associates, Inc. (Intracorp)、Cigna Behavioral Health, Inc. 和 vielife Limited。所有人物均僅為示例目的。

© 2020 Cigna。