

申請取得受保護健康資訊以及 診斷和治療代碼資訊

我是 Cigna (包括 Cigna Behavioral Health) 的會員 / 計畫參加者，可使用本表格申請取得 Cigna 所維護且由 Cigna 在我任職於下述雇主期間建立或接收有關於我的受保護健康資訊 (PHI)。也可使用本表格申請取得關於診斷和治療代碼的額外資訊。

1. 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：_____

紀錄中的地址 (必填)：_____

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)：_____

社會安全號碼末 4 碼 (非必填)：_____ 會員 / 計畫參加者的會員卡號碼 (如適用)：_____

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：_____ 投保人的雇主姓名 / 名稱：_____

除上述承保之外，如果您還有 Cigna 的其他承保，也請填妥下列資訊：

其他雇主姓名 / 名稱：_____

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

2. 申請

申請 Cigna 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 Cigna 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 Cigna 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 (CMMM)。
- 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 Cigna HealthCare 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。

3. 診斷和治療代碼資訊

建議您與負責向 Cigna 提供相關資訊的健康照護專業人員聯絡，瞭解他們對相關資訊的解釋及這類資訊與您健康的關聯性。

您的申請：

請勾選您想要索取資訊旁的方格。提供健康照護專業人員的姓名、地址以及服務或治療日期。請注意，這類資訊通常只有在治療或服務日期起兩年 (24 個月) 期間內才能提供。我們也許可以在歷史檔案中檢索更久以前的資訊，但這需要更長時間。

診斷代碼 (以及其標準定義)

治療代碼 (以及其標準定義)

提供服務或治療的健康照護專業人員		服務日期	
姓名	地址	首次治療日期	最後治療日期

請注意

- 如果本表格中的資訊不完整，Cigna 就會將表格退回給您，而且要等 Cigna 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。

4. 簽名

我已經閱讀並瞭解以上資訊：(請工整填寫姓名) _____ 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驗證文件，我們必須先驗證相關權限 (包括提供健康照護授權書或其他相關文件的副本)，您才算完成申請。

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。