



Request to Inspect or Receive a Copy of Protected Health Information

Complete and mail this form to:
Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020

Participant Name _____

Participant SS# _____

Patient Name _____ Patient SS# _____

Patient Date of Birth _____ Relationship to Participant _____
(month-day-year)

I am requesting (as described in the UNITE HERE HEALTH Notice of Privacy Practices) to inspect and/or get a copy of my Protected Health Information kept by, or for, UNITE HERE HEALTH.

Reports Furnished Free of Charge

UNITE HERE HEALTH will provide you with a report of your claim payment history free of charge. This individual payment report (RIP Report) allows you to see a summary of how your claim(s) was paid. You will see the same information that appeared on the Explanation of Benefits (EOB) you received when benefits for that claim(s) were processed.

Place a check mark (✓) in the box next to the item that best identifies your request:

- Please provide a summary of my claim payment history for the following treatment dates:
_____ to _____, showing all health care providers.
- Please provide my detailed claim payment history for the following treatment dates:
_____ to _____, showing all health care providers.
- Please provide a summary of my claim payment history for all claims.
- Please provide my detailed claim payment history for all claims.

Inspection or Requests for Which You Can Be Charged

If you want to come to the UNITE HERE HEALTH Office to inspect your protected health information, you must call the Privacy Officer at (630) 236-5100 to discuss the nature of the protected health information that you want to inspect and to arrange a time to do so.

If you want to review more protected health information provided in one of the reports described above, you must call the UNITE HERE HEALTH Privacy Officer at (630) 236-5100 to discuss the type of protected health information you want to review and the format you want to receive it in.

Requested Format:

We will try to provide the information to you in the format that you request. If we are unable to accommodate your request in a specific format, we will contact you to make other arrangements.

- Paper Electronic (if electronic, please specify the format): _____

Address to Send Records to:

First Name Last Name

Street Apt #

City State Zip

I agree to pay in advance any fees for copying or summarizing my health information. Fees will be reasonable and will only include the cost of copying, preparation of a summary (if I agree to a summary), and postage (if I request that a copy or summary be mailed).

Signature of Patient (parent or guardian if the patient is a minor) or Personal Representative _____ Date (month-day-year) _____

Printed Name _____ Phone Number Where We May Contact You _____

Relationship to Patient _____

For UNITE HERE HEALTH Use Only

Accepted Denied Date Received: _____

Privacy Officer Signature: _____ Date: _____

Dept. Manager Signature: _____ Date: _____

Date Response Mailed Back: _____



Solicitud para Inspeccionar o Recibir copia de Información de Salud Protegida

Completar y enviar por correo a:

Privacy Officer
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, Illinois 60598-0020

Nombre del Participante _____

Nº de Seguro Social del Participante _____

Nombre del Paciente _____ Nº de SS del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____ Relación del Paciente con el Participante _____
(mes-día-año)

Yo estoy solicitando (como está descrito en la Notificación de Prácticas de Privacidad de UNITE HERE HEALTH) inspeccionar y/u obtener una copia de mi información de Salud Protegida mantenida por, o para, el UNITE HERE HEALTH.

Informes sin cargo

UNITE HERE HEALTH le proveerá a usted un reporte de su historial de pagos de reclamos libre de cargos. Este Reporte individual de pagos (RIP por sus siglas en ingles) le permite ver un resumen de cómo sus reclamos fueron pagos. Usted podrá ver la misma información que aparece en la Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) que usted recibió por el reclamo o reclamos cuando fueron procesados.

Marque el cuadro contiguo que mejor identifica su solicitud:

- Por favor provea un resumen de mi historial de pago de reclamos a las siguientes fechas de tratamiento:
_____ a _____, con todos los proveedores de salud.
- Por favor provea mi historial detallado de pago de reclamos a las siguientes fechas de tratamiento:
_____ a _____, con todos los proveedores de salud.
- Por favor provea un resumen de mi historial de pagos a todos mis reclamos.
- Por favor provea mi historial detallado de pagos a todos mis reclamos.

Formato Requerido:

Trataremos de proporcionar la información para usted en el formato que lo requiera. Si no podemos satisfacer su petición en algún formato en específico, le contactaremos para determinar otras opciones.

- Papel Electrónico (Si es electrónico, por favor especifique el formato): _____

Inspección o Solicitudes que se pueden cobrar

Si usted desea acudir a la Oficina de UNITE HERE HEALTH para inspeccionar su información de Salud Protegida, usted debe de comunicarse con el Oficial de Privacidad al (630) 236-5100 para pedir una cita y discutir la naturaleza de la información de Salud Protegida que usted quiere inspeccionar.

Si usted quiere revisar más información de salud protegida de que la que se provee en uno de los reportes descritos arriba, usted debe de comunicarse con el Oficial de Privacidad de UNITE HERE HEALTH al (630) 236-5100 para discutir el tipo de información de salud protegida que usted quiere revisar y el formato en el que quiere recibirla.

Domicilio para el envío de informes:

| | | |
|--------|----------|---------------|
| Nombre | Apellido | |
| Calle | Apt. # | |
| Ciudad | Estado | Código postal |

Yo estoy de acuerdo en pagar por adelantado el precio de copiar o resumir mi información de salud. Los precios van a ser razonables y solamente incluyen el costo de copiar, costo de correo (si yo pido que una copia o resumen sea enviado por correo), y la preparación de un resumen (si yo acuerdo el recibir un resumen)

Firma del paciente (los padres o tutor si el paciente es un menor) o persona que lo represente _____ Fecha (mes-día-año) _____

Nombre en letras de molde _____ Número de teléfono donde podemos contactarlo _____

Relación con el Paciente _____

| | |
|--|------------------------------------|
| Para uso exclusivo de UNITE HERE HEALTH | |
| <input type="checkbox"/> Aceptada | <input type="checkbox"/> Rechazada |
| Firma del Funcionario de Privacidad: _____ | Recibida Fecha: _____ |
| Firma del Gerente de Departamento: _____ | Fecha: _____ |
| Fecha del envío de la respuesta: _____ | Fecha: _____ |