



Request to Inspect or Receive a Copy of Protected Health Information

All applicable sections must be fully completed! Submit your form by:

Complete this form to view or receive a copy of your Protected Health Information (PHI). **Incomplete forms WILL NOT be accepted.** To avoid delays, be sure to fill out all applicable sections.

Mail UNITE HERE HEALTH 2715 Jorie Blvd, Ste 200 Oak Brook, IL 60523	Email hipaa@uhh.org <i>(Please note: if you email personal information to UHH, we can't ensure it's secure or private until it's received.)</i>
Fax (630) 236-5286	

For help, call:

- The UNITE HERE HEALTH member number on back of your medical (PPO) ID card
- Or, if you have Kaiser/Harvard Pilgrim medical, visit uhh.org to find the Member Services phone number for your plan

Check one: I am the employee (I get insurance coverage through my job)
 I am a dependent (I am in the employee's family, and he/she provides my coverage)

Section 1: Requestor Information

Last Name ^	First Name	Middle Name	Date of Birth (MM/DD/YY)
Street ^		Apt #	Member ID #
City ^	State	Zip Code	Phone

Section 2: Free Reports (provided at no cost to you)

You can receive a free report that provides a summary of your claim payment history. This report includes the same details as the Explanation of Benefits (EOB) you received when your claim was processed.

<p>Check the box for the item you are requesting:</p> <input type="checkbox"/> Summary of claim payment history for treatment date(s) listed in this section <input type="checkbox"/> Detailed claim payment history for treatment date(s) listed in this section <input type="checkbox"/> Summary of claim payment history for all claims <input type="checkbox"/> Detailed claim payment history for all claims <input type="checkbox"/> Copies of my proof documents—Select the documents needed from the drop-down menu:	<p>Treatment Dates</p> <p>From: _____ To: _____</p>
	<p>Requested Format</p> <input type="checkbox"/> Paper (records sent to the address listed above) <input type="checkbox"/> Electronic (please provide your email address): _____

Section 3: Other Reports (provided at a small cost to you)


If your PHI inspection request doesn't match the options above, please specify the information you need. Include the format (paper or electronic) and treatment dates. You may have to pay reasonable fees for copying, mailing, or summarizing records (based on your request).

Section 4: Inspection Requests

To inspect your PHI at a UNITE HERE HEALTH Office, call (630) 236-5100 to discuss the details and schedule a visit.

Section 5: Signature

By signing this form, I agree to pay **IN ADVANCE** any applicable fees for the reports or records.

REQUIRED! Signature of Participant (or parent/guardian if a minor) or Personal Representative 

Print Name ^	Date
--------------	------

For Office Use Only	Date Received ^	Received By	Copy Mailed On
----------------------------	-----------------	-------------	----------------



Solicitud para inspeccionar o recibir una copia de información médica protegida

¡Todas las secciones aplicables deben ser completadas en su totalidad! Envíe su formulario por:

Complete este formulario para ver o recibir una copia de su Información Médica Protegida (PHI). **NO se aceptarán formularios incompletos.** Para evitar retrasos, asegúrese de completar todas las secciones correspondientes.

Correo postal UNITE HERE HEALTH 2715 Jorie Blvd, Ste 200 Oak Brook, IL 60523	Correo electrónico hipaa@uhh.org <i>Favor de tomar en cuenta que si envía información personal por correo electrónico a UHH, no podemos garantizar que sea segura o privada hasta que la recibamos.</i>
Fax (630) 236-5286	

Para obtener ayuda, llame:

- Al número de UNITE HERE HEALTH/número de miembro en el reverso de su tarjeta de identificación médica (PPO)
- O, si cuenta con cobertura médica de Kaiser/Harvard Pilgrim, visite uhh.org para encontrar el número de teléfono de Servicios a los Miembros de su plan.

Marque uno: Soy el empleado (tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo) Soy un dependiente (pertenezco a la familia del empleado y él/ella me brinda cobertura)

Sección 1: Información del solicitante

Apellido [▼]	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)
Calle [▼]	No. de departamento		No. de identificación de miembro
Ciudad [▼]	Estado	Código postal	Teléfono

Sección 2: Informes gratuitos (proporcionados sin costo alguno para usted)

Puede recibir un informe gratuito que proporciona un resumen de su historial de pago de reclamaciones. Este informe incluye los mismos detalles que la Explicación de Beneficios (EOB) que recibió cuando se procesó su reclamo.

<p>Marque la casilla del artículo que está solicitando:</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del historial de pago de reclamos para las fechas de tratamiento que figuran en esta sección</p> <p><input type="checkbox"/> Historial detallado de pagos de reclamos para las fechas de tratamiento que aparecen en esta sección</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del historial de pago de reclamaciones para todas las reclamaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Historial detallado de pagos de reclamaciones para todas las reclamaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Copias de mis documentos de prueba. Seleccione los documentos necesarios en el menú desplegable:</p>	<p>Fechas de tratamiento</p> <p>De: _____ A: _____</p> <p>Formato solicitado</p> <p><input type="checkbox"/> Impreso (los registros se enviarán a la dirección indicada arriba)</p> <p><input type="checkbox"/> Electrónico (por favor proporcione su dirección de correo electrónico): _____</p>
--	---

Sección 3: Otros informes (proporcionados a un pequeño costo para usted)

Si su solicitud de inspección de PHI no coincide con las opciones anteriores, especifique la información que necesita. Incluya el formato (impreso o electrónico) y las fechas de tratamiento. Es posible que deba pagar tarifas razonables por la copia, el envío postal o el resumen de los registros (según su solicitud).

Sección 4: Solicitudes de inspección

Para inspeccionar su Información de Salud Protegida (PHI) en una oficina de UNITE HERE HEALTH, llame al (630) 236-5100 para coordinar los detalles y programar una cita.

Sección 5: Firma

Al firmar este formulario, acepto pagar **POR ADELANTADO** las tarifas aplicables por los informes o registros.

¡REQUERIDO! Firma del participante (o padre/tutor si es menor de edad) o representante personal 

Nombre en letra de imprenta [▼]	Fecha
--	-------

Solo para uso de la oficina	Fecha recibida [▼]	Recibido por	Copia enviada por correo postal el
------------------------------------	-----------------------------	--------------	------------------------------------