



Запрос на конфиденциальную передачу конфиденциальной медицинской информации

Вы можете использовать эту форму, чтобы попросить Blue Shield of California передать вашу конфиденциальную медицинскую информацию (Protected health information, PHI) на конфиденциальный почтовый адрес, адрес электронной почты или по номеру телефона. Если вы решите не использовать эту форму, отправьте всю информацию, запрашиваемую в этой форме, в письменном виде в план Blue Shield по почтовому адресу, адресу электронной почты или номеру факса, указанному в конце этой формы.

Ваш запрос будет распространяться только на PHI, передаваемую планом Blue Shield of California и его деловыми партнерами. Ваш запрос может быть отклонен, если его невозможно выполнить по разумным причинам. Если ваш запрос будет удовлетворен и вы позже измените свой адрес или если изменится ваш идентификационный номер участника, вы должны повторно подать новый запрос на конфиденциальную передачу информации, отправив письменный запрос в Blue Shield of California. Вы можете отозвать свой запрос на конфиденциальную передачу информации, отправив письменный запрос в Blue Shield of California по почтовому адресу, адресу электронной почты или номеру факса, указанному в конце данной формы.

1. Лицо, запрашивающее конфиденциальную передачу PHI:

Полное имя:

Номер страхователя:

Номер телефона:

Дата рождения:

Адрес электронной почты:

2. Я прошу, чтобы план Blue Shield of California передавал мне мою PHI следующим способом:

Конфиденциальный почтовый адрес:

Конфиденциальный номер телефона:

Конфиденциальный адрес электронной почты:

3. Подпись физического лица, родителя несовершеннолетнего ребенка или личного представителя:

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами:

Законные представители и опекуны

Если эта форма подписана не самим человеком или родителем несовершеннолетнего, а личным/законным представителем или опекуном, вы должны также представить документы, подтверждающие ваши законные полномочия действовать от имени человека в отношении его медицинского обслуживания/PHI. Например, такими документами могут служить:

1. разрешение HIPAA;
2. доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании;
3. документы об опеке; или
4. другая действующая юридическая документация, подтверждающая ваши полномочия действовать от имени физического лица.

Имя представителя (разборчиво):

Кем приходится участнику:

Предъявленный документ:

Подпись представителя:

Вы можете вернуть заполненную и подписанную форму одним из следующих способов:

Почтовый адрес: Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

Адрес электронной почты: privacy@blueshieldca.com

Факс: (800) 201-9020

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。