

보호 건강 정보의 기밀 전달 요청

본 양식은 Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise)가 귀하의 보호 건강 정보("PHI")를 기밀 우편 주소, 이메일 주소, 또는 전화번호로 전달하도록 요청하는 데 사용하는 양식입니다. 본 양식의 사용을 원치 않으시면, 본 양식에 작성해야 하는 모든 정보를 서면으로 작성하여 Blue Shield Promise 앞으로 제출해주십시오. 발송하실 우편 주소, 이메일 주소, 또는 팩스 번호가 본 양식 하단에 있습니다.

귀하의 요청은 Blue Shield Promise 및 사업 제휴사가 전달하는 PHI에만 적용될 것입니다. 수용하는 것이 타당하지 않은 경우 요청이 거절될 수 있습니다. 요청이 허가된 이후 주소를 변경하거나, 주 가입자 식별 번호가 변경되는 경우, 반드시 Blue Shield Promise에 서면으로 새로운 기밀 통신 요청서를 다시 제출해야 합니다. 귀하는 본 양식 하단에 있는 우편 주소, 이메일 주소, 또는 팩스 번호를 이용해 Blue Shield Promise에 서면 요청서를 발송하여 기밀 통신 요청을 철회할 수 있습니다.

1. PHI 기밀 통신 요청인:

성명:

주 가입자 ID 번호:

전화번호:

생년월일:

이메일 주소:

2. 저는 Blue Shield Promise가 다음 방법으로 저의 PHI를 전달하도록 요청합니다.

기밀 우편 주소:

기밀 전화번호:

기밀 이메일 주소:

3. 요청인, 미성년자의 부모, 또는 인격 대리인의 서명:

서명

날짜

정자체 이름:

법적 대리인 또는 보호자

만약 본 양식에 요청인 또는 미성년자의 부모 외에 다른 자, 예를 들어 인격/법적 대리인 또는 보호자 등인 경우, 요청인을 대신하여 의료 서비스/PHI에 관해 행동할 수 있다는 법적 권한을 밝히는 법률 서류를 반드시 제출해야 합니다. 이러한 서류에는 다음이 포함됩니다.

1. HIPAA 허가;
2. 건강 관리 위임장;
3. 후견 서류; 또는
4. 요청인을 대신하여 행동할 수 있다는 법적 권한을 밝히는 기타 유효한 서류.

대리인의 이름 (정자체):

가입자와의 관계:

제출한 서류 유형:

대리인 서명:

본 양식을 작성 및 서명하신 후 다음 방법 중 하나를 이용해 반송할 수 있습니다.

우편: Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540,
Chico CA, 95927-2540

이메일: privacy@blueshieldca.com

팩스: 1-800-201-9020

Blue Shield of California Promise Health Plan은 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 민족 집단 신원, 의료 질환, 유전 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체장애를 이유로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

본 문서는 큰 활자, 점자, 및/또는 음성 등 다른 형태로도 제공되며 무료로 받아 보실 수 있습니다. 매일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영하는 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해주세요. 무료 전화입니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan은 L.A. Care Health Plan과 계약하여 Los Angeles 카운티에 Medi-Cal 관리 의료 서비스를 제공합니다.