

ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԳԱՂՏՆԻ ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ՀԱՅՑ

Դուք կարող եք օգտագործել այս ձևը՝ խնդրելու համար, որպեսզի Blue Shield of California Promise Health Plan-ը (Blue Shield Promise) փոխանցի ձեր Պաշտպանված բժշկական տեղեկատվությունը («PHI») գաղտնի փոստային հասցեին, Էլփոստի հասցեին կամ հեռախոսահամարին: Եթե դուք որոշում եք չօգտագործել այս ձևը, ինդրում ենք այս ձևում պահանջվող բոլոր տեղեկությունները գրավոր ներկայացնել Blue Shield Promise-ին՝ ձևի ներքևում նշված փոստային հասցեով, Էլփոստի հասցեով կամ ֆաքսով:

Ձեր հայցը կկիրառվի միայն Blue Shield Promise-ի և նրա բիզնես գործընկերների կողմից փոխանցված Պաշտպանված բժշկական տեղեկատվության (PHI) համար: Ձեր հայցը կարող է մերժվել՝ դրա բավարարման համար անհրաժեշտ ողջամիտ պայմանների բացակայության դեպքում: Եթե ձեր հայցը բավարարվի, և դուք հետագայում փոխեք ձեր հասցեն, կամ փոխվի Բաժանորդի նույնականացման ձեր համարը, դուք պետք է նորից տեղեկատվության գաղտնի փոխանցման նոր հայց ներկայացնեք՝ այն գրավոր ձևով ուղարկելով Blue Shield Promise-ին: Դուք կարող եք չեղարկել Տեղեկատվության գաղտնի փոխանցման ձեր հայցը՝ գրավոր հարցում ուղարկելով Blue Shield Promise-ին՝ ձևի ներքևում նշված փոստային հասցեով, Էլփոստի հասցեով կամ ֆաքսի համարով:

1. Պաշտպանված բժշկական տեղեկատվության (PHI) գաղտնի փոխանցում հայցող ֆիզիկական անձը

Անունը՝ _____

Բաժանորդի ID համարը՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

Էլփոստի հասցեն՝ _____

2. Ես ինդրում եմ, որպեսզի Blue Shield Promise-ը իմ Պաշտպանված բժշկական տեղեկատվությունն (PHI) ինձ փոխանցի հետևյալ եղանակով՝

Գաղտնի փոստային հասցեով՝ _____

Գաղտնի հեռախոսահամարով՝ _____

Գաղտնի Էլփոստի հասցեով՝ _____

3. Ֆիզիկական անձի, անչափահաս երեխայի ծնողի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

Ստորագրություն _____

Ամսաթիվ _____

Տպատառ անունը՝ _____

Օրինական ներկայացուցիչներ կամ ինսամակալներ

Եթե այս ձևը ստորագրված է ֆիզիկական անձից կամ անչափահասի ծնողից բացի այլ անձի կողմից, օրինակ՝ անձնական/օրինական ներկայացուցիչ կամ ինսամակալի, դուք պետք է նաև ներկայացնեք փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են, որ դուք լիազորված եք գործելու ֆիզիկական անձի անունից՝ կապված նրա առողջության/Պաշտպանված բժշկական տեղեկատվության (PHI) հետ: Այդ փաստաթղթերը կարող են ներառել՝

1. HIPAA օրենքով թուլտվություն,
2. Հիվանդի շահերը ներկայացնելու լիազորագիր,
3. Ինսամակալության փաստաթղթեր, կամ
4. Այլ վավեր փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են ֆիզիկական անձի անունից գործելու իրավասությունը:

Ներկայացուցչի անունը (տպատառ)

Անդամի հետ կապը՝

Ներկայացված փաստաթղթի տեսակը՝

Ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

Դուք կարող եք վերադարձնել այս լրացված և ստորագրված ձևը հետևյալ եղանակներից որևէ մեկով՝

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

Էլնոստով՝ privacy@blueshieldca.com

Ֆաքսով՝ 1-800-201-9020

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքի գործող օրենքներին և խտրականություն չի դնում, մերժում կամ այլ կերպ վերաբերվում մարդկանց՝ ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, Էթնիկական, առողջական վիճակի, գենետիկ ինֆորմացիայի, ծագման, կրոնի, սեռի, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության հիմքերով:

Դուք կարող եք այս փաստաթուղթը ստանալ անվճար այլ ձևաչափերով՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան և/կամ աուդիո: Չանգահարեք (855) 905-3825 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը պայմանագիր ունի կնքված L.A. Care Health Plan-ի հետ՝ Medi-Cal-ի կառավարվող բուժխնամքի ծառայություններ տրամադրելու համար Los Angeles վարչաշրջանում: