

طلب حسابات الإفصاحات

استخدم هذا النموذج لطلب حسابات بعض الإفصاحات عن معلوماتك الصحية المحمية ("PHI") التي تجريها Blue Shield of California. الحد الأقصى لفترة حسابات الإفصاحات هو ست سنوات قبل تاريخ طلبك. لا يتعين على Blue Shield of California أن تأخذ في حساباتها الإفصاحات بشأن PHI الخاصة بك والتي تم إجراؤها:

- لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛
- لك، أو لممثلك الشخصي، أو بموجب تصريح منك؛
- للأشخاص المشاركين في رعايتك الصحية أو دفع تكاليف رعايتك الصحية؛
- لأغراض الأمن القومي أو الاستخبارات؛
- لمؤسسات إنفاذ القانون أو المؤسسات الإصلاحية لأغراض معينة؛
- تبعًا للاستخدامات أو الإفصاحات المسموح بها أو المطلوبة بشأن PHI الخاصة بك.

الفرد الذي يطلب مراسلة سرية بشأن PHI:

الاسم:

رقم معرف عضوية المشترك:

العنوان:

رقم الهاتف:

تاريخ الميلاد:

أطلب حسابات الإفصاحات التي تم إجراؤها خلال الفترة الزمنية التالية:

من (حدد التاريخ): _____ إلى: _____

إذا كنت تسعى فقط للحصول على محاسبات لنوع معين من الإفصاح أو الإفصاحات التي تم إجراؤها لشخص أو منظمة معينة، يرجى الوصف:

توقيع الفرد أو ولي أمر الطفل القاصر أو الممثل الشخصي:

التاريخ

التوقيع

إذا وقع شخص بخلاف الفرد أو ولي أمر الطفل القاصر على هذا النموذج، مثل الممثل الشخصي/القانوني، أو الوصي، يجب عليك أيضًا تقديم المستندات التي تُظهر حقك في التصرف لصالح أو نيابةً عن الفرد مع مراعاة رعايته الصحية/ PHI، مثل تصريح HIPAA صالح، أو توكيل رسمي بالرعاية الصحية، أو أوراق الوصاية. يرجى أيضًا تقديم المعلومات التالية: اسم الممثل وعنوانه وعلاقته بالفرد الذي يتم تقديم هذا الطلب من أجله (بأحرف واضحة):

قم بإعادة الطلب المكتمل والموقع إلى:

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