



Kahilingan para sa accounting ng mga paghahayag

Gamitin ang form na ito para humiling ng accounting ng mga partikular na paghahayag ng inyong protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) na ginawa ng Blue Shield of California. Ang maximum na panahon ng accounting ng paghahayag ay anim na taon bago ang petsa ng inyong kahilingan. Hindi kailangang magsagawa ng accounting ang Blue Shield of California para sa mga paghahayag ng inyong PHI na ginawa:

- Para sa mga layunin ng paggagamot, pagbabayad, o mga operasyon ng pangangalagang pangkalusugan;
- Para sa inyo, sa inyong personal na kinatawan, o alinsunod sa inyong awtorisasyon;
- Para sa mga taong kasali sa inyong pangangalagang pangkalusugan o pagbabayad para sa inyong pangangalagang pangkalusugan;
- Para sa mga layuning pambansang seguridad o katalinuhan;
- Para sa nagpapatupad ng batas o mga correctional institution para sa mga partikular na layunin;
- Insidente sa pinahihintulutan o kinakailangang paggamit o paghahayag ng inyong PHI.

Indibidwal na humihiling ng kumpidensyal na pagpapadala ng PHI:

Pangalan: _____

ID number ng subscriber: _____

Address: _____

Numero ng telepono _____

Petsa ng kapanganakan: _____

Humihiling ako ng accounting ng mga paghahayag na ginawa sa panahon ng sumusunod na yugto ng panahon: _____

Mula (tukuyin ang petsa): _____

Para Kay: _____

Kung naghahanap lang kayo ng accounting ng partikular na uri ng paghahayag o mga paghahayad na ginawa sa isang partikular na tao o organisasyon, pakilarawan:

Lagda ng indibidwal, magulang ng menor de edad, o personal na kinatawan:

Lagda

Kung nilagdaan ang form na ito ng taong maliban sa indibidwal o ng magulang ng menor de edad, tulad ng personal/legal na kinatawan o tagapangalaga, **dapat kayong magsumite ng dokumentasyon** na nagpapakita ng inyong karapatang kumilos para sa o sa ngalan ng indibidwal na kaugnay ng kanilang pangangalagang pangkalusugan/PHI tulad ng valid na awtorisasyon ng HIPAA, power of attorney hinggil sa pangangalagang pangkalusugan, o mga papel ng pangangalaga. **Pakibigay din ng sumusunod na impormasyon:**

Pangalan, address, at relasyon ng kinatawan sa indibidwal kung para kanino ginawa ang kahilingang ito (naka-print):

Petsa:

Ibalik ang nakumpleto at nilagdaang kahilingan sa:

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

H0504_13-TA_144D 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

S2468_13-TA_144D 07052013

A55568XLB-TA_0923