

طلب تعديل المعلومات الصحية المحمية

استخدم هذا النموذج لطلب تعديل معلوماتك الصحية المحمية ("PHI") أو سجل خاص بك تحتفظ به Blue Shield of California ضمن مجموعة سجلات معينة.

مجموعة السجلات المعنية هي مجموعة من السجلات تحتفظ به Blue Shield of California أو لصالحها، ويشمل ذلك الاشتراك أو الدفع أو الفصل في المطالبات أو سجلات الحالة أو الإدارة الطبية أو غيرها من المعلومات التي نستخدمها لاتخاذ قرارات بشأنك.

يجوز لنا رفض طلب التعديل الخاص بك لأسباب معينة، بما في ذلك، على سبيل المثال، إذا كانت المعلومات ليست جزءًا من مجموعة سجلات معينة، أو إذا لم نقم بإنشاء المعلومات، أو نعتقد أن المعلومات كاملة ودقيقة. سنخاطبك كتابيًا بشأن ما إذا كان طلبك قد تم قبوله أو رفضه.

يرجى ملاحظة أننا لا نحتفظ بالسجلات الطبية. يجب عليك الاتصال بموفر الرعاية الصحية أو المنشأة الخاصة بك لطلب تعديلات على سجلاتك الطبية.

الفرد الذي يطلب التعديل:

الاسم:

رقم معرف عضوية المشترك:

العنوان:

رقم الهاتف:

تاريخ الميلاد:

يرجى تحديد السجلات التي ترغب في تعديلها وما ترغب في تعديله:

يرجى ذكر سبب (أسباب) التعديل (التعديلات) المطلوبة:

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 نيابة عن الفرد مع مراعاة رعايته الصحية/PHI، مثل تصريح HIPAA صالح، أو توكيل رسمي بالرعاية الصحية، وأوراق 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

H0504_13-AR_144E 07052013

S2468_13-AR_144E 07052013

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

A55569XLB-AR_0923