



請求對受保護的健康資訊進行修改

針對由Blue Shield of California在指定記錄集中置存的您的受保護健康資訊(PHI)或有關您的記錄，請使用此表格請求修改。

指定記錄集是由Blue Shield of California或為Blue Shield of California置存的一組記錄，包括註冊、付款、索賠裁決、病例或醫療管理記錄，或我們用來做出有關您的決定的其他資訊。

我們可基於某些原因拒絕您的修改請求，例如，資訊不屬於指定記錄集、我們沒有建立此份資訊，或者我們認為此份資訊是詳盡正確。我們會以書面通知，您的請求是被批准或拒絕。

請注意，我們不保留病歷。您應該聯絡您的醫療服務提供者或醫療服務機構，請求修改您的病歷。

請求修改的個人：

姓名：

投保人識別號碼：

地址：

電話號碼

出生日期：

請具體說明您希望修改的記錄以及您希望進行的修改：

請說明請求修改的原因：

個人、未成年子女的父母或個人代表的簽名：

簽名

日期

如果此表格是由個人或未成年子女的父母以外的其他人簽署，例如個人/法定代表或監護人，您必須提交文件，證明您有權代表此位人士就其醫療保健/PHI行事，例如有效的HIPAA授權、醫療保健委託授權書或監護權文件。另請提供以下資訊：

代表人的姓名、地址以及與提出此請求的人士的關係（正楷書寫）：

請將填妥並簽名的請求寄回至：

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

H0504_13-CT_144E 07052013

S2468_13-CT_144E 07052013

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

A55569XLB-CT_0923