



비공개 건강 정보에 대한 접근 요청

귀하는 Blue Shield of California가 지정된 기록 세트로 보관하는 귀하의 PHI 사본을 열람하거나 받기 위한 접근 권한을 요청할 권리가 있습니다. 지정된 기록 세트란 가입, 지불, 청구 판결, 케이스 또는 의료 관리 기록 또는 귀하에 대한 결정을 내리는 데 저희가 사용하는 기타 정보를 포함하여 Blue Shield of California가 보관하는 기록 그룹입니다. 거부 이유를 포함하여 귀하의 요청이 승인되었는지 또는 거부되었는지 여부를 서면으로 알려드릴 것입니다.

귀하는 심리치료 기록, 민사, 형사, 행정 소송이나 절차에 대한 합리적인 예상 하에 혹은 이러한 상황에 사용하기 위해 편집된 정보, 또는 1988년 임상 실험 개정안(Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988)에 따라 귀하에게 공개되지 않는 정보의 사본을 열람하거나 받아볼 수 있는 권리가 없습니다.

저희는 의료 기록을 보관하지 않습니다. 귀하의 의료 기록 사본이나 열람을 요청하려면 귀하의 의료제공자나 시설에 연락하시기 바랍니다.

요청하는 개인:

이름: _____

가입자 ID 번호: _____

주소: _____

전화번호: _____

생년월일: _____

- 이것은 기록 사본 열람 요청 또는 수령 요청입니까? 열람 사본
- 어떤 형식으로 사본을 받고 싶으십니까? 종이 전자(사용 가능한 경우)
- 전자 사본이 가능하다면 어떤 형식으로 받기를 원하십니까? (저희는 특정 전자 형식에 대한 요청을 수용하지 못할 수도 있으나, 그렇게 하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다): _____

본인은 기록 사본 요청이 승인될 경우 실비 기준 합리적인 복사 수수료(용품 및 인건비 포함) 및/또는 우편 요금을 지불해야 할 수 있으며, 수수료를 내야 하는 경우 Blue Shield가 사전에 통지해 줄 것임을 이해합니다.

본인 또는 대리인의 서명:

서명

날짜

개인/법적 대리인 또는 후견인 등 개인 또는 미성년 자녀의 부모가 아닌 사람이 이 양식에 서명한 경우, 귀하는 유효한 HIPAA 승인, 의료 위임장 또는 후견인 서류 등 의료 서비스/PHI와 관련하여 해당 개인을 대리하여 행동할 수 있는 귀하의 권리를 증명하는 서류를 제출해야 합니다. 다음 정보도 제공해 주십시오.

대리인의 이름, 주소 및 이 요청 대상자와의 관계(정자체): _____

요청서를 작성하고 서명한 후 다음 주소로 보내주십시오.

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

H0504_13-KO_144C 07052013

S2468_13-KO_144C 07052013

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

A55571XLB-KO_0923