



Запрос на доступ к конфиденциальной медицинской информации

Вы имеете право запросить доступ для ознакомления или получения экземпляра вашей конфиденциальной медицинской информации (PHI), которую Blue Shield of California хранит в определенном реестре данных. Определенный реестр данных — это совокупность записей, которые ведутся планом Blue Shield of California или для него, включая данные о регистрации, оплате, рассмотрении страховых требований, истории болезни или медицинском обслуживании, а также другую информацию, которую мы используем для принятия решений о вас. Вы получите письменное уведомление об удовлетворении или отклонении вашего запроса с указанием причин отказа.

Вы не вправе проверять или получать копии любых записей о психотерапии; информации, собранной в разумных пределах в преддверии или для использования в гражданском, уголовном или административном деле или разбирательстве; информации, не подлежащей раскрытию вам в соответствии с поправками от 1988 г. к программам усовершенствования клинических лабораторных исследований (Clinical Laboratory Improvements Amendments).

Обратите внимание, что мы не ведем медицинскую документацию. Для получения копий или доступа к своим медицинским документам вам следует связаться с поставщиком медицинских услуг или медицинским учреждением.

Лицо, подающее запрос:

Полное имя:

Номер страхователя:

Адрес:

Номер телефона

Дата рождения:

- Запрос касается проверки или получения копии документов? Проверка Получение копии
- Укажите желаемую форму получения копий. В бумажном формате В электронной форме (если доступно)
- В случае доступности копий в электронной форме укажите желаемый формат их получения. (Возможно, мы не сможем удовлетворить запросы на конкретные электронные форматы, но мы приложим для этого разумные усилия):

Я понимаю, что в случае удовлетворения моего запроса на получение копий документов может возникнуть необходимость внести разумную, основанную на затратах плату за копирование (включая стоимость расходных материалов и рабочей силы) и (или) почтовые расходы, и что Blue Shield заранее уведомит меня о необходимости совершения оплаты.

Подпись физического лица или личного представителя:

Подпись

Дата

Если эта форма подписана не самим человеком или родителем несовершеннолетнего, а личным/законным представителем или опекуном, **вы должны также представить документы**, подтверждающие ваше право действовать от имени или по поручению человека в отношении его медицинского обслуживания/PHI, такие как действительное разрешение HIPAA, доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании или документы об опекуновстве. **Кроме того, необходимо предоставить следующую информацию:**

Имя и фамилия уполномоченного представителя, его адрес и сведения о том, кем представитель приходится лицу, в интересах которого подается данный запрос (печатными буквами):

Отправьте заполненную и подписанную форму запроса по адресу:

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

HO5O4_13-RU_144C 07052013

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

S2468_13-RU_144C 07052013

A55571XLB-RU_0923