

KAHINGAN PARA SA KUMPIDENSYAL NA KOMUNIKASYON NG PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Maaari mong gamitin ang form na ito upang hilingin sa Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) na ipaalam ang iyong Protektadong Impormasyong Pangkalusugan ("PHI") sa isang kumpidensyal na mailing address, email address, o numero ng telepono. Kung pipiliin mong hindi gamitin ang form na ito, mangyaring isumite ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form na ito sa pamamagitan ng pagsulat sa Blue Shield Promise sa mailing address, email address, o numero ng fax sa ibaba ng form.

Malalapat lang ang iyong kahilingan sa PHI na ipinaalam ng Blue Shield Promise at ng mga kasosyo nito. Maaaring tanggihan ang iyong kahilingan kung hindi ito makatuwirang matutugunan. Kung pinagbigyan ang iyong kahilingan at binago mo ang iyong address sa ibang pagkakataon, o kung magbabago ang iyong numero ng pagkakakilanlan ng Subscriber, dapat kang muling magsumite ng bagong kahilingan para sa Kumpidensyal na Komunikasyon sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield Promise. Maaari mong bawiin ang iyong kahilingan para sa Kumpidensyal na Komunikasyon sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield Promise sa mailing address, email address, o numero ng fax sa ibaba ng form.

1. Indibidwal na humihiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon ng PHI:

Pangalan:

Numero ng ID ng Subscriber:

Numero ng telepono:

Petsa ng kapanganakan:

Email address:

2. Hinihiling ko na ipaalam sa akin ng Blue Shield Promise ang aking PHI sa pamamagitan ng mga sumusunod:

Kumpidensyal na Mailing Address:

Kumpidensyal na Numero ng Telepono:

Kumpidensyal na Email Address:

3. Lagda ng indibidwal, magulang ng menor-de-edad na bata, o personal na kinatawan:

Lagda

Petsa

Naka-print na Pangalan:

Mga legal na kinatawan o tagapag-alaga

Kung ang form na ito ay nilagdaan ng ibang tao maliban sa Indibidwal o ng magulang ng isang menor-de-edad, tulad ng isang personal/legal na kinatawan o tagapag-alaga, dapat ka ring magsumite ng dokumentasyong nagtatatag ng iyong legal na awtoridad upang kumilos sa ngalan ng Indibidwal para sa kanilang pangangalagang pangkalusugan/PHI. Maaaring kabilang sa naturang dokumentasyon ang:

1. Awtorisasyon ng HIPAA;
2. Kapangyarihan ng Abogado sa Pangangalagang Pangkalusugan;
3. Mga papeles sa pangangalaga; o
4. Iba pang wastong dokumentasyon na nagtatatag ng iyong legal na awtoridad na kumilos sa ngalan ng Indibidwal.

Pangalan ng kinatawan (naka-print):

Relasyon sa Miyembro:

Uri ng dokumentasyong isinumite:

Lagda ng Kinatawan:

Maaari mong ibalik ang nakumpleto at nilagdaang form na ito sa pamamagitan ng isa sa mga opsyong ito:

Koreo: Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540, Chico CA, 95927-2540

Email: privacy@blueshieldca.com

Fax: 1-800-201-9020

Ang Blue Shield of California Promise Health Plan ay sumusunod sa mga naaangkop na batas ng estado at pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nagdidiskrimina, nagbubukod ng mga tao, o tumatrato sa kanila nang naiiba batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng grupong etniko, kondisyong medikal, henetikong impormasyon, lipi, relihiyon, biyolohikal na kasarian, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, kapansanan sa pag-iisip, o pisikal na kapansanan.

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malalaking letra, braille, at/o audio. Tumawag sa (855) 905-3825 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

Ang Blue Shield of California Promise Health Plan ay kinontrata ng L.A. Care Health Plan upang magbigay ng mga serbisyong pangangalaga na pinamamahalaan ng Medi-Cal sa Los Angeles County.