

YÊU CẦU LIÊN LẠC BÍ MẬT VỀ THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT

Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) thông báo, liên lạc về Thông tin Sức khỏe Bảo mật ("PHI") của quý vị đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại bí mật. Nếu quý vị chọn không sử dụng biểu mẫu này, vui lòng gửi tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu này bằng văn bản cho Blue Shield Promise theo địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số fax ở cuối biểu mẫu.

Yêu cầu của quý vị sẽ chỉ áp dụng cho PHI do Blue Shield Promise và các đối tác kinh doanh của Blue Shield Promise thông báo. Yêu cầu của quý vị có thể bị từ chối nếu chúng tôi không thể đáp ứng một cách hợp lý. Nếu yêu cầu của quý vị được chấp thuận và sau đó quý vị thay đổi địa chỉ của mình hoặc nếu số nhận dạng Người đăng ký của quý vị thay đổi, quý vị phải gửi lại yêu cầu mới về Thông tin Bảo mật bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản tới Blue Shield Promise. Quý vị có thể thu hồi yêu cầu Liên lạc Bí mật bằng cách gửi văn bản yêu cầu cho Blue Shield Promise theo địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số fax ở cuối biểu mẫu.

1. Cá nhân yêu cầu Liên lạc Bí mật về PHI:

Tên:

Số ID Người đăng ký:

Số điện thoại:

Ngày sinh:

Địa chỉ email:

2. Tôi yêu cầu Blue Shield Promise thông báo PHI của tôi cho tôi thông qua phương thức sau đây:

Địa chỉ gửi thư bí mật:

Số điện thoại bí mật:

Địa chỉ email bí mật:

3. Chữ ký của cá nhân, phụ huynh của trẻ vị thành niên hoặc người đại diện cá nhân:

Chữ ký

Ngày

Tên viết in hoa:

Người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp

Nếu biểu mẫu này do người không phải là Cá nhân đó hoặc phụ huynh của trẻ vị thành niên ký, chẳng hạn như người đại diện hoặc người giám hộ cá nhân/hợp pháp, quý vị cũng phải đệ trình hồ sơ pháp lý chứng minh thẩm quyền thay mặt cho Cá nhân đó đối với việc chăm sóc sức khỏe/PHI của họ. Hồ sơ này có thể bao gồm:

1. Ủy quyền HIPAA;
2. Giấy ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe;
3. Giấy Giám hộ; hoặc
4. Giấy tờ hợp lệ khác chứng minh thẩm quyền hợp pháp của quý vị để thay mặt cho Cá nhân đó.

Tên Người đại diện (viết in):

Quan hệ với Thành viên:

Loại tài liệu đệ trình:

Chữ ký của Người đại diện:

Quý vị có thể gửi lại biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin và ký tên này thông qua một trong các lựa chọn sau:

Gửi thư: 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

Blue Shield of California Promise Health Plan tuân thủ luật pháp tiểu bang và luật dân quyền liên bang hiện hành, và không phân biệt đối xử, loại trừ người nào đó hoặc đối xử khác biệt với họ theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhóm dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, thiên hướng tình dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc khuyết tật thể chất.

Quý vị có thể nhận miễn phí tài liệu này ở định dạng khác, ví dụ như bản in khổ lớn, chữ nổi và/hoặc âm thanh. Hãy gọi (855) 905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước.

Blue Shield of California Promise Health Plan đã ký hợp đồng với L.A. Care Health Plan để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được Medi-Cal quản lý tại Quận Los Angeles.