



要求我们对披露作出解释

使用此表格要求我们就Blue Shield of California对您的受保护健康信息(“PHI”)进行的某些披露作出解释。最长披露解释期限为您提出申请之日前六年。Blue Shield of California无需解释在以下情况下对您的PHI进行的披露:

- 出于治疗、付款或医疗保健运营的目的;
- 披露给您、您的个人代表或根据您的授权披露;
- 披露给参与您医疗保健或您医疗保健费用支付的人员;
- 出于国家安全或情报目的;
- 出于某些目的披露给执法机构或惩戒机构;
- 获准或必须使用或披露您的PHI的其他情况。

申请PHI保密通信的个人:

姓名:

投保人身份证号:

地址:

电话号码

出生日期:

我要求你们对以下时间段内进行的披露作出解释:

从(说明日期): _____ 致: _____

如果您只是希望我们对特定类型的披露或向特定个人或组织进行的披露作出解释,请描述:

个人、未成年儿童的父母或个人代表的签名:

签名

日期

如果此表格由个人或未成年儿童的父母以外的其他人(例如个人/法定代表人或监护人)签署,您必须提交相关文件以表明您有权代表该个人就其医疗保健/PHI行事,例如有效的HIPAA授权、医疗保健授权书或监护文件。另请提供以下信息:

代表的姓名、地址以及与为其提出此申请的个人之间的关系(工整书写):

将填妥并签字的申请寄回至:

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

H0504_13-CS_144D 07052013

S2468_13-CS_144D 07052013

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

A55568XLB-CS_0923