



Запрос на внесение изменений в конфиденциальную медицинскую информацию

Используйте эту форму, чтобы подать запрос на внесение изменений в вашу конфиденциальную медицинскую информацию (Protected health information, PHI) или данные о вас, которые план 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.

Мы вправе отклонить ваш запрос на внесение изменений по определенным причинам, включая, например, то, что информация не является частью определенного реестра данных, мы не создавали эту информацию или считаем, что информация является полной и точной. Об удовлетворении или отклонении вашего запроса мы сообщим вам в письменном виде.

Обратите внимание, что мы не ведем медицинскую документацию. Для внесения изменений в медицинскую документацию вам следует обратиться к своему поставщику медицинских услуг или в медицинское учреждение.

Лицо, подающее запрос на внесение изменений:

Полное имя:

Номер страхователя:

Адрес:

Номер телефона

Дата рождения:

Укажите документы, в которые вы хотите внести изменения, и изменения, которые вы хотите внести:

Укажите причину(-ы) запрашиваемых изменений:

Подпись физического лица, родителя несовершеннолетнего ребенка 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

H0504_13-RU_144E 07052013

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

S2468_13-RU_144E 07052013

A55569XLB-RU_0923