

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Важная информация

Чтобы план Partnership HealthPlan of California мог раскрывать вашу медицинскую информацию физическому или юридическому лицу, необходимо получить ваше разрешение. Заполните прилагаемую форму и отправьте ее по адресу:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Member Services – Northern Region
3688 Avtech Pkwy
Redding, CA 96002
(530) 223-2508

ИЛИ

Partnership HealthPlan of California
Attn: Member Services – Southern Region
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Факс: (707) 420-7580

Сведения об участнике

Имя:

Фамилия:

Адрес:

Номер телефона: ()

Дата
рождения:

Ид. №/СIN
участника:

Я поручаю и разрешаю плану _____ раскрывать отмеченную ниже медицинскую информацию об указанном выше участнике плана следующему физическому или юридическому лицу:

Имя, фамилия:

Адрес:

Номер телефона: ()

Факс: ()

В следующих конкретных
целях:

Личное
использован
ие

Юридик
еское
требован
ие

Компенсация
работникам

Медицинское
обслуживание

Пригодность

Нетрудо
способно
сть

Другое:

Конкретные даты оказания
услуги:
(Факультативно)

С: _____ ПО: _____

**Данное разрешение распространяется только на отмеченные ниже типы
медицинской информации:
(ВНИМАНИЕ: Отмечая конфиденциальную информацию ниже, вы должны поставить свою
подпись)**

<input type="checkbox"/> Копии записей или медицинская информация, <i>за исключением</i> конфиденциальной медицинской информации.	<input type="checkbox"/> Копии записей или медицинская информация, <i>включая</i> отмеченную ниже конфиденциальную медицинскую информацию.
<input type="checkbox"/> Лечение психических и поведенческих расстройств _____ Подпись участника или личного представителя	<input type="checkbox"/> Лечение заболеваний, передающихся половым путем _____ Подпись участника или личного представителя
<input type="checkbox"/> Лечение злоупотребления веществами _____ Подпись участника или личного представителя	Описание информации о лечении злоупотребления веществами: _____
<input type="checkbox"/> Медицинская информация, связанная с конкретным указанным поставщиком услуг: _____	<input type="checkbox"/> Медицинская информация, связанная с конкретным указанным лечением или состоянием: _____

Срок действия разрешения

Срок действия данного разрешения истекает ровно через один год, если только вы не укажете иную дату.

Срок действия данного разрешения истекает в указанную дату или при наступлении следующего события: _____

Подпись участника

Partnership HealthPlan of California и прочие организации и частные лица, такие как врачи, больницы и планы медицинского страхования, по закону обязаны защищать конфиденциальность вашей медицинской информации). Согласно закону штата Калифорния, получателю моей медицинской информации разрешается раскрывать и передавать ее только при наличии моего письменного согласия или в случаях, когда это требуется или разрешено законом.

Я также понимаю, что если я предоставляю разрешение на раскрытие моей медицинской информации кому-либо, кого закон не обязывает защищать ее конфиденциальность, далее эта информация может не защищаться федеральными законами о конфиденциальности.

ВАШИ ПРАВА

Данное разрешение на разглашение медицинской информации является добровольным.

Лечение, оплата, зачисление в план страхования или оценка права на участие в плане не зависят от подписания данного разрешения за исключением следующих случаев:

- (1) осуществление лечения в рамках научного исследования;
- (2) получение информации в связи с соответствием критериям или зачислением в план медицинского страхования;
- (3) оценка обязательств лица по запросу на оплату;
- (4) создание медицинской информации для предоставления третьим лицам.

Вы в любое время можете отозвать данное разрешение, позвонив в Отдел обслуживания участников по телефону (800) 863-4155 или отправив подписанный вами запрос по адресу:

Partnership HealthPlan of California (PHC)
c/o Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Факс: (707) 863-4415

Отзыв вступает в силу с момента его получения PHC. Однако ваш отзыв / аннулирование разрешения не повлияют на права лиц, действовавших на основании данного разрешения до получения уведомления о его отзыве / аннулировании.

Вы имеете право получить копию данного разрешения.

Подпись

Дата

Имя, фамилия печатными буквами

Кем приходится участнику