

НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Важная информация

Вы имеете право предоставить другу, члену семьи или иному лицу доступ к определенной медицинской информации о вас. Для этого заполните прилагаемую форму и отправьте ее по адресу:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services – Northern Region
 3688 Avtech Pkwy
 Redding, CA 96002
 Факс: (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:

Сведения об уполномоченном представителе

Имя:

Фамилия:

Адрес:

Номер телефона: ()

Дата рождения:

Доступ к защищенной медицинской информации

Отметьте, к какой информации вы предоставляете доступ своему уполномоченному представителю и какие действия разрешаете выполнять.

Статус права на зачисление и основной лечащий врач (PCP)

Вносить изменения в адрес и номер телефона

Заказывать идентификационную карту участника

Менять основного лечащего врача

Неконфиденциальная медицинская информация

Другое:

Доступ к конфиденциальной медицинской информации (участник должен поставить свою подпись под отмеченными полями)

Отметьте, к какой информации вы предоставляете доступ своему уполномоченному представителю.

<input type="checkbox"/> Лечение психических и поведенческих расстройств	<input type="checkbox"/> Лечение заболеваний, передающихся половым путем
<input type="checkbox"/> Лечение злоупотребления веществами	<input type="checkbox"/> Результаты генетического тестирования
Подпись участника _____	

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 (требуется дата): _____

Согласие несовершеннолетнего (старше 12 лет). Участник должен отметить поля ниже и подписаться под ними.	
Отметьте, к какой информации вы предоставляете доступ своему уполномоченному представителю.	
<input type="checkbox"/> Лечение или консультирование по поводу психических расстройств	<input type="checkbox"/> Помощь при беременности
<input type="checkbox"/> Помощь жертвам нападения	<input type="checkbox"/> Лечение алкогольной и наркотической зависимости
<input type="checkbox"/> Лечение или профилактика заболеваний, передающихся половым путем, или инфекционных заболеваний	<input type="checkbox"/> Помощь жертвам насилия
несовершеннолетнего участника (старше 12 лет): _____	

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.

Данное разрешение может быть в любое время отозвано и аннулировано. Чтобы отозвать это разрешение, позвоните в Отдел обслуживания участников по телефону (800) 863-4155 или отправьте письмо или факс 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