

참가 결정 취소 -

이 양식을 통해 아래 명시한 의료 서비스 제공자를 통한 CareFirst PCMH(Patient-Centered Medical Home: 미국형 주치의 의원) 프로그램 참가를 취소할 수 있습니다. 이 양식을 작성하여 CareFirst Privacy Office에 제출함으로써 최초에 내린 PCMH 참가 결정을 취소할 수 있습니다.

본 양식을 통해 CareFirst PCMH 프로그램 참가 결정을 취소합니다. 본 취소는 의료 계획 또는 의료 계획 관리자가 본 취소를 서면으로 통보받기 전에 취한 어떠한 행위에도 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

본인의 요청에 따라, 보호된 본인의 의료 정보를 다음에 명시한 기관이나 개인에게 공개하는 것을 취소할 수 있습니다.

PCMH 주요 의료 서비스 공급자 또는 기관 이름: _____

주소: _____

시, 주, 우편번호 _____

전화번호: _____

나, _____은(는) 이 취소에 따라 의료 계획 또는 의료 계획 관리자가 지금까지 보호되어 왔던 본인의 의료 정보를 더이상 사용할 수 없거나, 본 양식에 명시된 타인 및/또는 기관에 제공할 수 없음을 이해하고, 이에 따라 본 양식에 서명합니다.

회원 이름(명확한 글씨체로 기재하십시오.): _____

회원 ID: _____

서명: _____

날짜: _____

귀하가 본 프로그램의 회원이 아니거나 18세 미만 프로그램 대상자의 부모/보호자가 아닌 상태에서 대리로 본 취소 양식에 서명하는 경우, 해당 회원을 대신하여 서명할 법적 권리를 위임받았음을 증명할 수 있는 공식 문서를 함께 첨부해야 합니다(예: 위임장, 법정 보호자, 인격 대리인).

올바르고 신속한 처리를 위해 모든 내용을 명확하게 기재해 주십시오. 판독이 어려운 양식이라 판단될 경우 반송될 수 있습니다.

본 취소 양식을 우편 또는 팩스를 통해

아래 주소로 보내 주십시오.

CareFirst BlueCross BlueShield
Attention: Privacy Office
10455 Mill Run Circle
Owings Mills, MD 21117
팩스: 410-505-6692

이 취소 양식의 사본을 보관하십시오. 귀하께서 요청 시 서명된 양식 사본을 보내드리겠습니다.

의료 또는 기타 다른 의료 서비스 기록을 통해 공개되어진 정신 건강 및 약물 남용 정보는 연방 및/또는 주 법률에 따라 보호됩니다. 이렇게 보호되는 기록의 경우, 이 정보의 수신자는 연방 규정(42CFR Part 2)에 따라 정보의 주체가 서면으로 해당 정보의 공개를 명확하게 허용하거나 42 CFR Part 2에서 허용하지 않는 한 더 이상 정보를 공개할 수 없습니다. 의료 또는 기타 의료 서비스 정보의 공개에 대한 허용은 일반적으로 엄격하게 적용됩니다. 연방 정부는 알콜 또는 약물 중독자에 대한 불법적인 수사나 기소 행위를 엄격하게 규제합니다.

CareFirst BlueCross BlueShield는 CareFirst of Maryland Inc. 및 Group Hospitalization and Medical Services, Inc.의 공동 사업명입니다. CareFirst BlueCross BlueShield 및 CareFirst BlueChoice는 모두 Blue Cross 및 Blue Shield Association의 독립 라이선스 사업자입니다. Blue Cross 및 Blue Shield Association의 *등록 상표입니다. CareFirst of Maryland, Inc의 *등록 상표입니다.