

의료 보험 관련 정보의 공개를 위한 허가서

연방법에 의해 모든 의료 보험 회사, 병원 또는 의사는 허가없이 치료나 의료비 지불 혹은 치료를 위한 운영상의 필요 이외의 다른 용도를 위하여 보안 대상인 개인의 건강 관련 정보(Protected Health Information, 혹은 PHI)를 공개할 수 없습니다. 연금국이 보안 대상인 건강 관련 정보를 공개할 수 있는 권한을 갖도록 하기 위해서는 의료 보험 가입자, 배우자, 법적 후견인 또는 법적 대리인이 본 허가서를 작성하고 서명해야 합니다.

여러 혜택 플랜 중 의료 플랜이 아닌 연금국 프로그램이나 다른 혜택 플랜을 위하여 건강 관련 정보가 필요할 때만 본 양식을 제출해야 하는 점에 유의하십시오. 아래의 모든 문항에 빠짐없이 답변해 주십시오.

1. 누구의 건강 관련 정보를 공개하는 것을 허가합니까? (아래 문항에 글씨를 정자로 써서 답하고 해당 네모칸에 체크하십시오.)

이름 _____ 사회 보장 번호 _____

법적 후견인/대리인의 성명 (해당하는 경우) _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 () _____

의료 보험 가입자 배우자 부양 자녀

2. 건강 관련 정보 공개 대상자 (주의사항: 아래에 대상자의 이름과 주소가 없으면 이 양식이 접수되지 않습니다.)

본인은 아래의 사람이나 기관에게 보안 대상인 건강 관련 정보를 공개하는 것을 허가합니다. (해당칸에 체크한 다음 대상자의 성명, 주소를 기입하십시오)

친구, 가족 또는 대리인 연금국의 다른 부서

소속한 노회 대표자 배우자

기타 _____

이름 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 () _____

3. 공개하기를 허가하는 건강 관련 정보

A. 다음의 날짜 또는 그 이후에 일어난 의료 서비스에 대한 건강 보험 기록 전체: ____/____/____

B. 아래의 건강 관련 정보에 한하여 공개: (의료 서비스를 받은 날짜, 종류, 공개하기를 원하는 정도에 대한 상세한 내용, 정보의 출처 같은 자세한 내용을 구체적으로 기술하십시오.)

주의 사항: 위의 구체적인 제한 사항이 없는 한, 본 허가서는 보험 회사, 의사, 병원 또는 헬스케어 제공자/기관에게 본 허가서에 기술된 목적을 위한 모든 개인 건강 관련 정보를 사용하거나 공개할 권리를 부여합니다. 건강 관련 정보는 정신 건강, 약물 남용, 성병(HIV 같은), 암과 유전자 이상 등에 관한 모든 진단과 치료를 포함합니다.

4. 허가의 목적

연금국으로 하여금 위의 2번에 명시된 대상자와 의료 보험에 관한 사안을 의논할 수 있게 합니다.

기타 _____

5. 허가의 지속 기간

본 허가는 다음 날짜에 만료되거나: ____/____/____ 또는 다음의 사건이 발생하면 만료됩니다:

6. 허가를 취소할 수 있는 권리

본인은 아래의 주소로 연금국에 서면으로 통지함으로써 언제든지 본 허가를 취소할 권리를 가지고 있는 것을 이해합니다.

7. 개인 비밀 보장에 관한 권리의 이해

본인은 다음 사항들을 이해합니다:

- 본 허가서에 의해 공개가 허가된 대상자가 취소 통보 전에 사용하거나 공개한 건강 관련 정보에 대하여서는 취소 통보가 유효하지 않습니다.
- 본 허가서에 의해 사용 혹은 공개된 건강 관련 정보는 지정 대상자에 의해 다시 공개될 수도 있기 때문에 연방법 혹은 주법의 보호를 더 이상 받지 못할 수도 있습니다.
- 본 건강 관련 정보 허가서의 제출 여부에 따라 본인의 의료 보험은 의료 혜택을 위한 청구서 지불, 등록, 혹은 가입 자격등을 제한할 수 없습니다.

본인은 다음의 권리를 소유하고 있음을 이해합니다:

- 본 허가서에 서명하는 것을 거부할 수 있습니다.
- 연방법에 의해 (혹은 해당 주가 더 많은 이용 권리를 제공할 경우 주법에 의해) 사용하거나 공개할 수 있는 보안 대상인 건강 관련 정보를 검토하고 복사할 수 있습니다.

본인은 본 허가서의 복사 사본이나 팩스 사본을 사용하는 것을 허가합니다.

이름 _____

(의료 보험 가입자, 배우자, 혹은 법적 대리인의 이름을 정자로 기입하십시오.)

법적 후견인이나 다른 법적 대리인일 경우, 해당 네모칸에 체크하여 대리인 권한의 종류를 설명하십시오.

친부모/양부모

법원 명령에 의한 후견인 (연금국의 사전 승인을 받지 않은 경우 사본을 첨부하십시오.)

법적 위임권을 가진 대리인 (연금국의 사전 승인을 받지 않은 경우 사본을 첨부하십시오.)

기타 _____

서명 _____

날짜 _____

(의료 보험 가입자, 배우자, 또는 법적 대리인의 서명)

본 허가서를 기입한 후 아래주소로 보내십시오.

Attn: _____

The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.)

2000 Market Street, Philadelphia, PA 19103-3298

800-773-7752 혹은 800-PRESPLAN