

EYEXAMSM

OF CALIFORNIA

P. O. Box 2756
Mission Viejo, CA 92690
1-888-439-3392
TDD 1-949-364-1289
www.eyexamofca.com

醫療資訊保密通訊申請授權書

本人申請以如下身份獲取通訊： 患者 家長/監護人 授權助理（需要提供法律證明文件）

患者姓名（請工整填寫）

出生日期

地址

市

州

郵遞區號

()

聯絡號碼

今日日期：_____

此申請所涵蓋的保密通訊

- 帳單
- 不利理賠決議通知
- 福利說明
- 索賠相關資訊
- 索賠遭駁通知

首選通訊方式：

書面：用於通訊的郵寄地址：_____

電子：用於通訊的電子郵箱：_____

口頭/實時：用於通訊的電話號碼：_____

有效期：此授權一直有效（不需要每年更新），直至投保人或參保人提出撤銷申請或提交新的保密通訊申請。

日期：_____

患者姓名（正楷填寫）：_____ 日間聯絡電話號碼：_____

患者或患者代表簽名

與患者的關係