

關於修改受保護健康資訊 (PHI) 的會員申請

申請日期： _____

會員姓名： _____

出生日期： _____

會員投保人識別編號 (Client Identification Number, CIN)： _____

電話號碼： _____

請告訴我們您希望 CalOptima 更改哪些受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 或記錄：

請告訴我們您想進行更改的理由。你必須提供理由：

通知：

CalOptima 必須在 60 個曆日內通知您是否已按照您的要求進行更改，或通知您需要更多時間（最多額外 30 天）來作出決定。請告訴我們您的收信地址：

地址： _____ 公寓房間號： _____

市： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

如果 CalOptima 決定按您的要求更改記錄，則將在進行更改前將該變更發送給接收資訊的任何人。請告訴我們是否有人需要變更的資訊。

沒有

有。請列出此人的姓名和地址：

我們還會在進行更改之前，將更改資訊發送給我們所知的曾收到資訊的其他人，如果他們曾需要或可能在將來需要此資訊。您對此是否同意？

否

是

第 2 頁繼續。

限制：

如果出現以下情況，CalOptima 不必更改您的記錄：

- CalOptima 之前未創建此資訊。
- 記錄中的信息準確、完整。
- 您沒有合法權力獲取您想要更改的受保護健康信息 (PHI)。
- 您想要更改的受保護健康信息 (PHI) 並非 CalOptima 保存的信息的一部分（會員指定記錄集；這包括我們依據來作出有關您的決定之註冊信息、帳單記錄和包含您的受保護健康信息 (PHI) 的記錄）。

您的權利：

要了解更多有關您的隱私權之信息，請參閱您的 CalOptima Notice of Privacy Practices（隱私條例通知）副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org 或 CalOptima 客戶服務部取得，請致電 **1-714-246-8500** 或免費電話 **1-888-587-8088**，服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時 30 分。患有聽障或語障的會員可撥打我們的 TDD/TTY 專線 **1-714-246-8523** 或免費電話 **1-800-735-2929**。我們有會講您語言的工作人員。

若您認為自己的隱私權受到侵犯，您可向 CalOptima 提出投訴，請致電 **1-714-246-8500**。

即使您選擇作出投訴或行使任何隱私權，CalOptima 將不會以任何形式取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的利益。

簽名：

會員簽名： _____

若為授權代表（請附上法律文件）：

姓名正楷： _____ 與會員的關係： _____

提交到 CALOPTIMA:

將填好的表格回寄至：

CalOptima Privacy Officer
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Fax: 714-338-3166