

درخواست عضو جهت اصلاح اطلاعات محرمانه درمانی (PHI)

تاریخ درخواست: _____
نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____
شماره عضویت (CIN): _____ شماره تلفن: _____

لطفاً به ما بگویید که مایلید CalOptima کدام اطلاعات محرمانه درمانی (Protected Health Information - PHI) یا سوابق شما را تغییر دهد:

لطفاً دلیل این تغییر را به ما بگویید. شما باید حتماً یک دلیل ارائه دهید:

اعلامیه:

اگر تغییرات مطابق درخواست شما انجام شوند، CalOptima می بایست ظرف مدت 60 روز تقویمی مسئله را به شما اعلام نماید یا اعلام نماید که برای تصمیم گیری به زمان بیشتر (تا 30 روز تقویمی بیشتر) نیاز دارد. آدرسی که مایلید به آن نامه شما را ارسال کنیم در اینجا ذکر کنید:

آدرس: _____ شماره آپارتمان: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

اگر CalOptima تصمیم بگیرد که سوابق را مطابق درخواست شما تغییر دهد، این تغییر به هر شخصی که پیش از تغییر اطلاعات آنها را دریافت می کرد، ارسال خواهد شد. لطفاً اگر اشخاصی به اطلاعات تغییر یافته نیاز دارند به ما اعلام کنید.

خیر

بله لطفاً نام و آدرس این اشخاص را ذکر کنید:

ما این تغییرات را برای اشخاص دیگری که میدانیم پیش از تغییر دریافت می کرده اند و به آنها استناد کرده و یا در آینده استناد خواهند کرد هم ارسال خواهیم کرد. آیا موافق هستید؟

خیر

بله

ادامه در صفحه 2

- CalOptima در شرایط زیر نباید سوابق شما را تغییر دهد:
- CalOptima اطلاعات را ایجاد نکرده است.
 - اطلاعات موجود در سوابق دقیق و کامل هستند.
 - شما حق قانونی دسترسی به اطلاعات محرمانه درمانی (PHI) که مایل به تغییر آنها هستید را ندارید.
 - اطلاعات محرمانه درمانی (PHI) که مایل به تغییر آنها هستید جزو اطلاعاتی که توسط CalOptima نگهداری می شود نیست (مجموعه سوابق مخصوص عضو؛ این شامل اطلاعات عضویت، سوابق صورتحساب ها و سوابق محتوی اطلاعات محرمانه درمانی (PHI) است که برای تصمیم گیری در مورد شما از آنها استفاده می شود).

حقوق شما:

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق محرمانه خود به اطلاعیه روش حفظ حریم خصوصی CalOptima که در اختیار دارید مراجعه نمایید شما میتوانید این اطلاعیه را در وب سایت ما www.caloptima.org مشاهده نمایید یا اینکه با بخش خدمات مشتریان CalOptima توسط شماره **1-714-246-8500** یا شماره رایگان **1-888-587-8088** در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر تماس بگیرید. اعضای که اختلال گفتاری یا شنوایی دارند می توانند با تلفن TDD ما توسط شماره تلفن **1-714-246-8523** یا شماره رایگان **1-800-735-2929** تماس بگیرند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

اگر تصور می کنید حقوق محرمانه شما زیر پا گذاشته شده، می توانید شکایت خود را به شماره تلفن 1-714-246-8500 به CalOptima ارائه نمایید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

در صورتی که شکایت کنید و یا از حقوق محرمانه خود استفاده نمایید، CalOptima نمی تواند شما را از مزایای مراقبت های درمانی تان محروم سازد یا به شما آسیبی برساند.

امضا:

امضای عضو: _____

اگر نماینده رسمی هستید (لطفاً مدارک مربوطه را ضمیمه کنید):

نام با حروف درشت و واضح: _____ نسبت با عضو: _____

ارسال به CALOPTIMA:

این فرم را پس از تکمیل به آدرس زیر ارسال نمایید:

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