

درخواست اعمال محدودیت بر استفاده و ارائه اطلاعات محرمانه درمانی (PHI)

تاریخ درخواست: _____

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

CIN عضو: _____ شماره تلفن: _____

من متوجه هستم که CalOptima می تواند اطلاعات محافظت شده درمانی (Protected Health Information - PHI) من را برای مقاصد درمانی، پرداخت هزینه و مراقبت های درمانی استفاده نموده و یا به اشتراک بگذارد. CalOptima همچنین می تواند اطلاعات را در اختیار افرادی که در مراقبت های من و یا پرداخت هزینه مراقبت های من نقش دارند، مانند عضوی از خانواده یا یک دوست، قرار دهد.

من متوجه هستم که CalOptima مجبور نیست با درخواست من موافقت کند.

من درخواست می کنم که برای استفاده و ارائه اطلاعات محافظت شده درمانی (PHI) من توسط CalOptima محدودیت هایی اعمال شود.

اطلاعاتی که مایل هستم محدود شوند بشرح زیر می باشند:

من می خواهم CalOptima محدودیتهای زیر را اعمال نماید:

- استفاده از این اطلاعات
- به اشتراک گذاری این اطلاعات
- استفاده و اشتراک این اطلاعات هر دو

من مایل هستم که محدودیت ها برای اشخاص/نهادهای زیر اعمال شود (بعنوان مثال: همسر): _____

موارد استفاده و اشتراک الزامی:

- حتی اگر CalOptima با اعمال محدودیت موافقت کند، ممکن است در شرایط زیر اطلاعات کماکان به اشتراک گذاشته شوند:
 - در شرایط اضطراری پزشکی، اگر اطلاعات محدود شده برای ارائه درمان های اضطراری لازم باشند. اما اگر اطلاعات حین یک وضعیت اضطراری ارائه گردد، CalOptima به گیرنده آنها اعلام خواهد کرد که از آن اطلاعات برای هیچ منظور دیگری استفاده نکرده و آنها را در اختیار سایرین قرار ندهد.
 - برای فعالیت سازمانهای بهداشتی ناظر
 - برای استفاده های دیگر یا به اشتراک گذاری مگر اینکه قانون دستور دیگری بدهد
 - در صورت موافقت با محدودیت، فسخ آن بصورت کتبی
 - من شفاهاً با فسخ موافق هستم و توافق شفاهی مستند شده است
 - CalOptima در صورت فسخ موافقت به من اطلاع خواهد داد. در این موارد، فسخ فقط برای اطلاعات محافظت شده درمانی ایجاد شده یا دریافت شده توسط CalOptima بعد از اینکه فسخ به اطلاع من رسانده شد، اعمال می گردد.

ادامه در صفحه 2.

حقوق شما:

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق محرمانه و حریم خصوصی خود به اعلامیه حریم خصوصی CalOptima که در اختیار دارید مراجعه نمایید. یک نسخه از آن در وب سایت ما www.caloptima.org نیز موجود است یا اینکه می توانید برای دریافت آن با بخش خدمات مشتریان CalOptima به شماره **1-714-246-8500** یا شماره رایگان **1-888-587-8088** از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه تلفن کنید. اعضای که مشکلات گفتاری یا شنوایی دارند می توانند با تلفن TDD/TTY ما به شماره **1-714-246-8523** تماس بگیرند. ما کارکنانی داریم که می توانند به زبان شما صحبت کنند.

اگر معتقد هستید که حقوق محرمانه شما زیر پا گذاشته شده اند، می توانید با CalOptima توسط شماره تلفن 1-714-246-8500 تماس حاصل نموده، یا با این آدرس مکاتبه کنید:

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

اگر تصمیم به شکایت بگیرید یا از حقوق محرمانه خود استفاده کنید، CalOptima نمی تواند شما را از مزایای مراقبت های بهداشتی و درمانی تان محروم سازد یا کاری کند که به هر ترتیبی به شما آسیبی وارد شود.

امضا:

امضای عضو: _____

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

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