

보호되는 건강 정보 (PHI)의 사용 및 공개 제한을 위한 요청

요청 날짜: _____

회원 이름: _____

생년월일: _____

회원 CIN: _____

전화번호: _____

나는 CalOptima가 나의 보호되는 건강 정보 (PHI)를 치료, 비용 지불 및 건강 관리 행정을 위해 사용 또는 공개할 수 있다는 것을 압니다. CalOptima는 나의 가족 또는 지인같은 나의 치료에 관련된 사람들에게 정보를 공개할 수도 있다는 것을 이해합니다.

나는 CalOptima가 나의 요청에 동의할 의무가 없다는 것도 이해합니다.

나는 CalOptima의 보호되는 건강 정보(PHI)의 사용 및 공개에 제한을 요청합니다.

나는 다음 정보가 제한되는 것을 요청합니다:

나는 CalOptima가 다음을 제한하도록 요청합니다:

- 이 정보의 사용
- 이 정보의 공개
- 이 정보의 사용 및 공개

이 제한은 다음 사람 또는 단체에게 해당되길 원합니다 (예로: 배우자): _____

필요한 사용 및 공개:

CalOptima가 제한에 동의하다고 하여도 다음 상황에 정보가 공개될 수 있습니다:

- 의료적 응급 상황동안 제한된 정보가 응급 치료에 필요하다면 공개될 수 있음. 하지만, 정보가 응급 상황에 공개되면, CalOptima는 받는 자에게 그 정보는 다른 이유로 사용되면 않된다고 알려줄 것임.
- 건강 관리 기관의 감독 활동을 위해.
- 법에서 필요로 하는 사용 또는 공개를 위해.
- CalOptima는 서면 종료 요청을 받음.
- 내가 구두로 종료에 동의하고 구두 동의가 문서화됨.
- CalOptima가 나에게 동의를 종료한다고 알려줌. 이 상황에서 종료는 나에게 종료를 알린 이후에 CalOptima가 만든 또는 받은 PHI 에만 유효함.

귀하의 권리:

귀하의 개인 정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 개인 정보 보호 관행에 대한 CalOptima 통지서의 사본을 참조하십시오. 또한 저희의 웹사이트: www.caloptima.org,에서 보시거나 CalOptima의 고객 서비스부**1-714-246-8500** 또는 무료번호**1-888-587-8088**로 전화하십시오. 저희는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 근무합니다. 청력이나 음성 장애 회원은 저희 TDD/TTY 전화번호**1-714-246-8523** 또는 무료번호**1-800-735-2929**로 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.

만약 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되시면, CalOptima의 전화번호**1-714-246-8500**로 전화하시거나 다음 주소로 불만을 제출하실 수 있습니다:

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

불만을 제출하거나 개인 정보 보호 권리를 사용하신다 하더라도, CalOptima는 귀하의 의료 서비스 혜택을 취소하거나 귀하께 해를 끼치는 일을 할 수 없습니다.

서명:

회원 서명: _____

승인받은 대리인이라면(해당 문서를 첨부하십시오):

정자체 이름: _____ 회원과의 관계: _____