

기밀 통신의 방식 또는 방법 제한 요청 양식

회원 이름: _____

회원 CIN 번호: _____ 생년월일: _____

주소: _____ 전화번호: _____

귀하께서는 보호된 건강 정보(PHI)의 기밀 통신을 다른 방법 또는 다른 주소로 받도록 요청하실 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 건강 기록 또는 회원정보가 집으로 배달되어 가족들이 보는 것을 원하지 않으실 수도 있습니다.

저희는 CalOptima 에서 보내드린 보호된 건강 정보(PHI)때문에 귀하를 곤경에 빠뜨릴 수 있는 위험이 있다면, 귀하의 요청에 동의할 것입니다.

나는 CalOptima 가 나의 보호된 건강 정보(PHI)와 관련해 위의 주소 또는 위의 전화번호를 통해 전달하지 않을 것을 요청합니다.

다른 주소 또는 나에게 연락할 방법은 다음과 같습니다 (CalOptima 가 귀하의 기밀 통신 요청에 응할 수 있도록 다른 주소를 반드시 제공하셔야 합니다):

주소: _____ 아파트 번호: _____

시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

귀하의 권리:

귀하의 개인 정보 권리에 대한 자세한 정보는 귀하의 CalOptima 개인 정보 관행 통지 사본을 참고하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org 에서 찾아보시거나 또는 CalOptima 의 고객 서비스부 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료 번호 **1-888-587-8088** 로, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시반 사이에 전화하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있으신 회원은 저희 TDD 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.

만약 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되시면, CalOptima 전화번호 **1-714-246-8500** 으로 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, CalOptima 는 귀하의 의료 서비스 혜택을 취소하거나 귀하께 해를 끼치는 일을 할 수 없습니다.

서명:

회원의 서명: _____

만약 승인된 대리인이 있다면 (법적 서류를 첨부하십시오):

이름 : _____ 회원과의 관계: _____