



**의견 불일치 문서**  
**앞으로의 공개에 수정 요청 및 거절 포함 요청**

요청 날짜: \_\_\_\_\_

회원 이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

회원 CIN 번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

나는 CalOptima 가 나의 보호된 건강 정보 (Protected Health Information, PHI) 변경 요청을 거절했다는 것을 이해합니다. 나의 요청 날짜: \_\_\_\_\_.

**다음 중 하나(1)만 선택하십시오:**

나는 CalOptima 에서 내 의견 불일치에 대한 반박을 준비할 수 있음을 이해합니다. "반박(rebuttal)"이란 CalOptima 에서 왜 나의 의견 불일치 문서를 받아들이지 않았는지에 대한 설명입니다. 만약 CalOptima 에서 서문으로 반박을 준비한다면, 나에게도 사본이 보내질 것입니다.

나는 "의견 불일치 문서(Statement of Disagreement)"를 제출하길 원합니다.  
거절에 동의하지 않는 이유는 다음과 같음: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

나는 "의견 불일치(Statement of Disagreement)" 문서를 제출하고 싶지 않지만, CalOptima 에서 나의 변경 요청 및 거절을 앞으로 공개될 변경 요청과 관련된 모든 요청에 포함되는 것을 원합니다.

**귀하의 권리:**

귀하의 개인 정보 보호에 대한 권리는 귀하의 CalOptima 개인 정보 보호 관행 공지 사본을 참고하십시오. 저희 웹사이트에서도 찾아보실 수 있습니다: [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org), 또는 CalOptima 의 고객 서비스부의 전화번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 30 분 사이 전화하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있으신 회원께서는 저희 TDD/TTY 무료번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.

귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우, CalOptima 또는 Department of Health and Human Services(보건 복지부)에 불만을 제출하실 수 있습니다. CalOptima 에 불만을 제출하시려면, CalOptima 고객 서비스부의 전화번호 1-714-246-8500 로 전화하십시오. CalOptima 는 귀하께서 불만을 제출하시거나 또는 이 공지에 적힌 개인 정보 보호 권리를 행사하셔도 귀하의 건강 관리 혜택을 빼앗거나 어떤 식으로든 해를 입힐 수 없습니다.

**서명:**

회원 서명: \_\_\_\_\_

만약 승인된 대리인일 경우 (법적 서류를 첨부):

이름: \_\_\_\_\_ 회원과의 관계: \_\_\_\_\_