

طلب العضو لتعديل المعلومات الصحية المحمية (PHI)

تاريخ تقديم الطلب:

اسم العضو: تاريخ الميلاد:

رقم الهاتف: _____

يُرجى إطلاعنا على المعلومات الصحية المحمية (PHI)، أو معلومات السّجل، التي ترغب بقيام CalOptima بتعديلها.

يُرجى إطلاعنا على سبب التغيير. يجب عليك أن توضح السبب لذلك:

إخطار:

يجب أن تُخطر CalOptima في غضون 60 يومًا إذا تم إجراء التغييرات التي طلبتها أو إخطارك بأنها تحتاج إلى المزيد من الوقت (يصل إلى 30 يومًا إضافيًا) لاتخاذ القرار. يُرجى إطلاعنا على العنوان الذي ترغب بإرسال الرسالة عليه:

العنوان: _____ شقة #: _____

مدينة: _____ ولاية: _____ الرمز البريدي: _____

إذا قامت CalOptima باتخاذ قرار بتغيير السّجل كما طلبت، فسوف يتم إرسال التغيير إلى أي شخص قد حصل على هذه المعلومات قبل تغييرها. يُرجى إطلاعنا على الأمر، إذا كان هناك أي من أولئك الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفة المعلومات التي طرأ عليها التغيير.

لا

نعم يُرجى إدراج قائمة بأسماء الأشخاص وعناوينهم:

سنرسل أيضًا هذا التغيير إلى أي أشخاص آخرين نعلم بحصولهم على هذه المعلومات قبل تغييرها، إن كانوا يعتمدون على هذه المعلومات أو من المحتمل أن يعتمدوا عليها في المستقبل. هل توافق على ذلك؟

لا

نعم

يُتبع في الصفحة رقم 2.

القيود:

- لا يتعين على CalOptima تغيير السجل إذا:
- لم تقم CalOptima بإنشاء هذه المعلومات.
- كانت معلومات السجل دقيقة وكاملة.
- لم يكن لك الحق القانوني في الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي ترغب في تغييرها.
- لم تكن المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي ترغب في تغييرها ضمن المعلومات التي تحتفظ بها CalOptima (مجموعة السجلات الخاصة بالأعضاء؛ التي تتضمن معلومات التسجيل وسجلات الفواتير والسجلات التي تحتوي على المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي نستعين بها في اتخاذ قرارات تتعلق بك).

حقوقك:

وللحصول على مزيد من المعلومات عن حقوق الخصوصية المكفولة لك، يُرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار ممارسات الخصوصية من CalOptima. وتتوفر أيضًا هذه المعلومات على موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي: www.caloptima.org، أو يُمكنك الاتصال بقسم خدمة العملاء على الرقم **1-714-246-8500** أو على الهاتف المجاني على الرقم **1-888-587-8088** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين يعانون من مشكلات في السمع أو التحدث الاتصال على خط الاتصال لضعاف السمع (TDD) على الرقم **1-800-735-2929**. لدينا طاقم عمل قادر على التحدث بلغتك.

إذا كنت تعتقد أنه تم انتهاك حقوق الخصوصية المكفولة لك، فيجوز لك تقديم شكوى إلى CalOptima أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية. ولتقديم شكوى إلى CalOptima، يُرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء بـ CalOptima على الرقم **1-714-246-8500**.

لا يمكن أن تحرمك CalOptima من مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو أن تفعل أي شيء لإلحاق الضرر بك بأي حال من الأحوال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي حق من حقوق الخصوصية المدرجة في هذا الإشعار.

التوقيع:

توقيع العضو: _____

إذا كنت ممثلًا مُفوضًا (يُرجى إدراج الوثائق ذات الصلة):

الاسم مكتوب: _____ الصلة بالعضو: _____

تقديم الشكوى إلى CALOPTIMA:

عندما تنتهي من تعبئة هذه النموذج، يُرجى إرساله إلى CalOptima:

مكتب الالتزام
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

أو احضرها إلى قسم خدمة العملاء بمكاتب CalOptima الموجود في 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.