

درخواست عضو جهت اصلاح اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI)

تاریخ درخواست: _____
نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____
CIN عضو: _____ شماره تلفن: _____

لطفاً به ما بگویید که مایلید CalOptima کدام اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI - Protected Health Information) یا سوابق شما را تغییر دهد:

لطفاً دلیل این تغییر را به ما بگویید. شما باید حتماً یک دلیل را ارائه دهید:

اعلامیه:

اگر تغییرات مطابق درخواست شما انجام شوند، CalOptima می بایست ظرف مدت 60 روز تقویمی مسئله را به شما اعلام نماید یا اعلام نماید که برای تصمیم گیری به زمان بیشتر (تا 30 روز تقویمی بیشتر) نیاز دارد. آدرسی که مایلید برای شما به آن نامه ارسال کنیم را ذکر کنید:

آدرس: _____ شماره آپارتمان: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

اگر CalOptima تصمیم بگیرد که سوابق را مطابق درخواست شما تغییر دهد، این تغییر به هر شخصی که پیش از تغییر اطلاعات آنها را دریافت می کرد، ارسال خواهد شد. لطفاً اگر اشخاصی به اطلاعات تغییر یافته نیاز دارند به ما اعلام کنید.

خیر
 بله لطفاً نام و آدرس این اشخاص را ذکر کنید:

ما این تغییرات را برای اشخاص دیگری هم ارسال خواهیم کرد که به آنها استناد کرده و یا در آینده استناد خواهند کرد و بنابر دانسته های ما، اطلاعات را پیش از تغییر دریافت می کرده اند. آیا با این کار موافق هستید؟

خیر
 بله

CalOptima در شرایط زیر نباید سوابق شما را تغییر دهد:

- CalOptima اطلاعات را ایجاد نکرده است.
- اطلاعات موجود در سوابق دقیق و کامل هستند.
- شما حق قانونی دسترسی به اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) که مایل به تغییر آنها هستید را ندارید.
- اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) که مایل به تغییر آنها هستید جزو اطلاعاتی که توسط CalOptima نگهداری می شود نیست (مجموعه سوابق مخصوص عضو؛ این شامل اطلاعات عضویت، سوابق صورتحساب ها و سوابق محتوی اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) است که برای تصمیم گیری در مورد کارهای شما از آنها استفاده می شود).

حقوق شما:

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق محرمانه و حریم خصوصی خود به نسخه اعلامیه روال های محرمانگی و حریم خصوصی CalOptima که در اختیار دارید مراجعه نمایید. آنرا در وب سایت ما نیز خواهید یافت: www.caloptima.org، یا اینکه می توانید از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه به بخش خدمات اعضای CalOptima به شماره 1-714-246-8500 یا شماره رایگان 1-888-587-8088 تلفن کنید. آن دسته از اعضای که مشکلات گفتاری یا شنوایی دارند می توانند با تلفن TDD ما در شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. ما کارکنانی داریم که می توانند به زبان شما صحبت کنند.

اگر تصور می کنید حقوق محرمانه و حریم خصوصی شما زیر پا گذاشته شده اند، می توانید نزد CalOptima یا وزیر خدمات بهداشتی و انسانی (Department of Health and Human Services) شکایت کنید. برای شکایت کردن به CalOptima با بخش خدمات اعضای CalOptima در شماره تلفن 1-714-246-8500 تماس حاصل نمایید.

در صورتی که شکایت کنید و یا از هر یک از حقوق محرمانه و حریم خصوصی ذکر شده در این اعلامیه استفاده نمایید، 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 مربوطه را ضمیمه کنید):

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

ارسال به CALOPTIMA:

این فرم را پس از تکمیل برای CalOptima ارسال نمایید:

Office of Compliance
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

یا اینکه می توانید آنها را به بخش خدمات اعضا در دفاتر CalOptima در آدرس 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 تحویل دهید.