

회원의 보호되는 건강 정보(PHI) 수정 요청

요청 일자: _____

회원 이름: _____

생년월일: _____

회원 CIN: _____

전화 번호: _____

CalOptima 가 변경해 주기 원하시는 보호되는 건강 정보(PHI) 또는 기록이 무엇인지 말씀해 주시기 바랍니다.

이러한 변경을 원하시는 이유를 말씀해 주십시오. 이유를 제공해야 합니다:

통지:

CalOptima 는 귀하께서 요청하신대로 변경이 이루어졌는지 혹은 시간이 더 필요한지 (최대 30 일 까지) 60 일 내에 귀하께 통지할 의무가 있습니다. 어디로 편지를 보내야 하는지 말씀해 주십시오:

주소: _____ 아파트 호수: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

CalOptima 가 귀하께서 요청하신대로 기록을 변경하기로 결정한 경우, 그러한 변경은 이전에 그 정보를 받았던 모든 사람에게 보내질 것입니다. 변경된 정보를 받아야 할 사람이 있다면 저희에게 말씀해 주십시오.

아니오

예 그러한 사람들의 이름과 주소를 열거해 주십시오.

저희는 또한, 만약 그들이 그 정보에 의존하거나 혹은 장래에 의존할 수도 있는 경우, 그러한 변경이 이루어지기 전에 그 정보를 받은 것으로 알고 있는 다른 사람들에게도 그 변경사항을 보낼 것입니다. 이것에 동의하십니까?

아니오

예

2 페이지에 계속됨.

제한:

다음의 경우, CalOptima 는 귀하의 기록을 변경할 필요가 없습니다.

- CalOptima 가 정보를 생성하지 않은 경우.
- 그 기록에 있는 정보가 정확하고 완전한 경우.
- 귀하께서 변경하기 원하시는 보호되는 건강 정보(PHI)에 액세스할 수 있는 법적 권한이 없는 경우.
- 변경하기 원하시는 보호되는 건강 정보(PHI)가 CalOptima 가 보관하는 정보(회원 지정 기록 세트; 여기에는 등록 정보, 청구 기록 및 귀하에 관한 결정을 하기 위해 저희가 사용하는 귀하의 보호되는 건강 정보(PHI)를 포함하는 기록이 포함됩니다.)의 일부가 아닌 경우.

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 CalOptima 의 고객 서비스 부서 **1-888-587-8088** 또는 수신자 부담 전화 **1-714-246-8500** 로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 5시 30분 사이에 전화하실 수 있습니다. 청력이나 음성 장애 회원은 TDD 라인 **1-800-735-2929** 으로 전화하실 수 있습니다. 저희는 귀하의 언어를 구사하는 직원을 보유하고 있습니다.

만약 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 믿으신다면, CalOptima 또는 주의 보건 및 인적 서비스 부서의 장관에게 불만을 제기하실 수 있습니다. CalOptima 에 불만을 제기하시려면, CalOptima 고객 서비스 부서 **1-714-246-8500** 으로 연락하십시오.

귀하께서 불만을 제기하시거나 이 통지에 있는 개인 정보 보호 권리 중 어떤 것을 사용하신다 하더라도, CalOptima 는 귀하의 의료 서비스 혜택을 취소하거나 어떤 방식으로든지 귀하께 손해를 입히는 일을 할 수 없습니다.

서명:

회원의 서명: _____

승인받은 대리인이라면 (해당 문서를 첨부하십시오):

정자체 이름: _____ 회원과의 관계: _____

CalOptima 에 제출

이 양식 작성을 완료하시면 다음 주소로 CalOptima 에 보내 주십시오.

Office of Compliance
505 City Parkway West |
Orange, CA 92868

혹은 505 City Parkway West Orange, CA 92868 에 있는 CalOptima 의 고객 서비스 부서로 가지고 오십시오.