

درخواست اعمال محدودیت بر استفاده و ارائه اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI)

تاریخ درخواست: _____

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

CIN عضو: _____ شماره تلفن: _____

من متوجه هستم که CalOptima می تواند اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI - Protected Health Information) من را برای مقاصد عملیات درمانی، پرداخت و مراقبت های بهداشتی استفاده نموده و یا ارائه (واگذار) نماید. CalOptima همچنین می تواند اطلاعات را در اختیار افرادی که در مراقبت های من و یا پرداخت هزینه مراقبت های من نقش دارند، مانند یک عضو خانواده یا یک دوست، قرار دهد.

من متوجه هستم که CalOptima مجبور نیست با درخواست من موافقت کند.

من درخواست می کنم که برای استفاده و ارائه اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) من توسط CalOptima محدودیت هایی اعمال شود.

اطلاعاتی که مایل هستم محدود شوند بشرح زیر می باشند:

من می خواهم انجام کارهای زیر توسط CalOptima محدود گردد:

استفاده از این اطلاعات

ارائه این اطلاعات

هم استفاده و هم ارائه این اطلاعات

من مایل هستم که محدودیت ها برای اشخاص/نهادهای زیر اعمال شود (بعنوان مثال: همسر): _____

موارد استفاده و ارائه الزامی:

- حتی اگر CalOptima با اعمال محدودیت موافقت کند، ممکن است در شرایط زیر اطلاعات کماکان در اختیار قرار داده شوند:
- در شرایط اضطراری پزشکی، اگر اطلاعات محدود شده برای ارائه درمان های اضطراری لازم باشند. اما اگر اطلاعات در طول یک وضعیت اضطراری ارائه گردد، CalOptima به گیرنده آنها اعلام خواهد کرد که از آن اطلاعات برای هیچ منظور دیگری استفاده نکرده و آنها را در اختیار سایرین قرار ندهد.
- برای فعالیت های سازمان های ناظر
- برای سایر موارد استفاده یا ارائه اجباری بر اساس قانون
- در صورت موافقت با محدودیت، فسخ آن بصورت کتبی
- من شفاهاً با فسخ موافق هستم و توافق شفاهی مستند شده است
- CalOptima در صورت فسخ موافقت به من اطلاع خواهد داد. در این موارد، فسخ فقط برای اطلاعات محافظت شده بهداشتی (CalOptima) ایجاد شده یا دریافت شده توسط CalOptima بعد از اینکه فسخ به اطلاع من رسانده شد، اعمال می گردد.

ادامه در صفحه 2.

حقوق شما:

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق محرمانه و حریم خصوصی خود به نسخه اعلامیه روال های محرمانه و حریم خصوصی CalOptima که در اختیار دارید مراجعه نمایید. یک نسخه از آن در وب سایت ما نیز موجود است: www.caloptima.org، یا اینکه می توانید برای دریافت آن 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 نموده، یا با این آدرس مکاتبه کنید:

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

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 قانونی را ضمیمه کنید):

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