

보호되는 건강 정보(PHI)의 사용 또는 공개에 대한 제한 요청

요청 일자: _____

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN: _____ 전화 번호: _____

CalOptima 가 나의 보호되는 건강 정보(PHI)를 치료, 지불, 의료 작업의 목적으로 사용하거나 G 공개할 수 있다는 것을 이해합니다. CalOptima 는 또한 가족이나 친구와 같이 내 치료 또는 내 G 치료에 대한 지불에 관련된 사람들에게 정보를 공개할 수 있습니다.

CalOptima 나의 요청에 동의하지 않아도 됨을 이해합니다.

나는 CalOptima 의 보호되는 건강 정보(PHI) 사용 및 공개에 대한 제한을 요청합니다.
내가 제한하기를 원하는 정보는 다음과 같습니다.

나는 CalOptima 의 다음 사항을 제한하고 싶습니다.

- 이 정보의 사용
- 이 정보의 공개
- 이 정보의 사용 및 공개

나는 다음 사람/단체에게 제한되기를 원합니다 (예: 배우자): _____

필요한 사용 및 공개:

CalOptima 가 제한에 동의하는 경우에도, 다음과 같은 상황에서는 정보를 공유할 수 있습니다.

- 의료적 응급 상황에서 응급 치료를 위해 제한된 정보가 필요한 경우. 그러나 정보가 응급 상황에서 공개되었다면, CalOptima 는 정보의 수신자에게 다른 목적으로 그것을 사용하거나 공개하지 말라고 말할 것입니다.
- 의료 기관 감독 활동을 위해서
- 그 외에 법에 의해 요구되는 사용 또는 공개
- 제한에 대해 합의가 된다면 그 종료는 서면으로 되어야 함
- 종료에 구두로 동의하고 구두 동의는 문서화됩니다.
- CalOptima 는 나에게 계약이 종료된다고 알립니다. 이 경우, 종료는 내가 종료를 통지받은 후에 CalOptima 가 만들어 내거나 접수한 보호받는 건강 정보에 대해서만 유효합니다.

2 페이지에 계속.

귀하의 권리:

귀하의 개인 정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 CalOptima 개인 정보 보호 관행 통지서의 사본을 참조하십시오. 사본은 저희 웹사이트인 www.caloptima.org 에서, 혹은 CalOptima 고객 서비스 부서 **1-714-246-8500** 또는 무료 전화 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일까지, 오전 8 시에서 오후 5 시 30 분 사이에 전화하셔서 구하실 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 연락하시거나, 다음 주소로 편지를 쓰십시오:

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

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 (법률 문서를 첨부하십시오):

정자체 이름: _____ 회원과의 관계: _____