

بيان عدم موافقة
طلب بإدراج طلب التعديل والرفض إلى عمليات الكشف عن المعلومات في المستقبل

تاريخ تقديم الطلب:

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

رقم تعريف العضو: _____ رقم الهاتف: _____

أدرك بأن CalOptima قد رفضت طلبي بخصوص تغيير معلوماتي الصحية المحمية (PHI). كان طلبي بتاريخ: _____

اختر مربع واحد (1) مما يلي:

أدرك أن CalOptima قد تقوم بإعداد تنفيذ لبيان عدم الموافقة الخاص بي. إن "التنفيذ" هو عبارة عن بيان بالأسباب التي تراها CalOptima والتي دفعتها إلى الاعتقاد بأن عدم الموافقة الخاص بي غير مقبول. إذا أعدت CalOptima تنفيذًا كتابيًا، فسوف أحصل على نسخة منه.

أرغب بالرد على "بيان عدم الموافقة" هذا.
لا أتفق مع رفض طلبي للأسباب التالية:

لا أرغب في الرد على "بيان عدم الموافقة"، لكنني قد أرغب في أن تُدرج CalOptima طلب التغيير الخاص بي وبيان الرفض مع جميع عمليات الكشف عن المعلومات القادمة ذات الصلة بطلب التغيير الخاص بي.

حقوقك:

وللحصول على مزيد من المعلومات عن حقوق حماية الخصوصية المكفولة لك، يُرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار ممارسات الخصوصية من CalOptima. ويمكنك العثور على نسخة على موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي: www.caloptima.org، أو من قسم خدمة العملاء بـ CalOptima 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 بخط 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 موكلًا مُفوضًا (يُرجى إدراج الوثائق القانونية):

الاسم مكتوب: _____ الصلة بالعضو: _____