

保密溝通方式或方法限制申請表

會員姓名：_____

會員投保人識別編號 (Client Identification Number, CIN)：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 電話號碼：_____

您可以請求透過其他方式或其他地址，以接收受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的保密通訊。例如，您可能不希望將您的健康記錄或您的會員信息發送到您家中，因為家人可能會看到。

當由於CalOptima發送的受保護健康資訊 (PHI) 而讓您有受到個人傷害的風險時，我們將同意這些請求。

- 本人要求CalOptima不得將任何有關我的受保護健康資訊 (PHI) 發送到上述地址或電話號碼。

我的另一個地址或聯繫方法是（您必須提供備用地址，以便CalOptima遵守您的保密通信請求）：

地址：_____ 公寓房間號：_____

市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

您的權利：

要了解更多有關您的隱私權之信息，請參閱您的 CalOptima Notice of Privacy Practices（隱私條例通知）副本。您也可在我們的網站：www.caloptima.org，或CalOptima 客戶服務部取得，請致電 **1-714-246-8500**或免費電話**1-888-587-8088**，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點半。患有聽障或語障的會員可撥打我們的TDD/TTY專線**1-714-246-8523** 或免費電話 **1-800-735-2929**。我們有能夠說您的語言的工作人員。

若您認為自己的隱私權受到侵犯，您可向CalOptima提出投訴，請致電 **1-714-246-8500** 或寫信至：

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

即使您選擇作出投訴或行使任何隱私權，CalOptima將不會以任何形式取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的利益。

簽名：

會員簽名：_____ 若為授權代表（請附上法律文件）：_____

姓名正楷：_____ 與會員的關係：_____