



## 공개 회계를 위한 요청 양식

요청 날짜: \_\_\_\_\_

회원 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

회원 CIN 번호: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

본인은 법률에 따라 CalOptima Health가 제 보호된 건강 정보(PHI, Protected Health Information)를 어떻게 공개했는지에 대한 보고서를 받길 원합니다. CalOptima Health는 다음과 같은 유형의 공개에 대해 알려줄 의무가 없음을 이해합니다:

1. 치료, 지불 및 의료 관리 운영 목적의 공개
2. 본인 또는 본인의 허가 하에 타인(들)에게 공개
3. 본인의 치료와 관련된 사람들에게 공개
4. 2003년 4월 14일 이전에 이루어진 공개

또한, 일부 또는 모든 공개에 대한 저의 보고받을 권리가 경우에 따라 정지될 수 있음을 이해합니다.

CalOptima Health는 요청 후 60일 이내에 공개 보고서를 제공하거나, 보고서를 준비하는 데 30일(또는 그 이하)의 추가 시간이 필요하다는 사실을 통지해야 함을 이해합니다.

본인은 12개월마다 1번의 무료 공개 보고서를 받을 수 있음을 이해합니다. 같은 12개월 내에 1번 이상의 보고서를 요청하는 경우 수수료가 부과될 수 있습니다.

**이것은 보호된 건강 정보(PHI) 접근 요청이 아님을 알려드립니다. 이 양식을 사용하면 의료비 청구 또는 약국 청구와 같은 기록은 제공되지 않습니다. 이러한 기록을 원하시면 지정된 기록 세트(Designated Record Set) 양식의 보호된 건강 정보 접근 개별 요청서(Individual Request for Access)를 작성해 주십시오.**

개인정보 보호 권리에 대한 자세한 정보는 웹사이트 [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)를 방문하시거나 CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-888-587-8088**로 문의하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있는 회원은 TTY **711**번으로 전화하십시오. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.



**다음 기간동안의 공개 기록을 받길 원합니다:**

시작일 \_\_\_\_\_ 종료일 \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

**참고:** 기간은 6년을 초과할 수 없으며, 2003년 4월 14일 이전 날짜는 포함할수 없습니다.

요청하는 전달 방식(1개 선택):

- CalOptima Health에서 “직접” 수령 (수령 시 신분증(ID) 제시 필수)
  - 우편

도로명/호수

도시

주

우편번호

회원 서명: 날짜:

**개인 대리인이 경우 아래 센션을 작성하고 서류를 제출하십시오:**

이색체 이론: 희ュー과의 관계: