

نموذج إنهاء التقييد

تاريخ الميلاد: _____ التاريخ: _____
رقم تعريف العضو: _____ اسم العضو: _____

لقد طلب العضو المذكور اسمه أعلاه تقييد استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) والإفصاح عنها بتاريخ [DATE].

<input type="checkbox"/> يطلب العضو إنهاء التقييد توقيع العضو: _____ إذا كنت الممثل المفوض (يُرجى إرفاق المستندات القانونية): اكتب الاسم: _____ صلة القرابة بالعضو: _____
--

<input type="checkbox"/> يوافق العضو على إنهاء التقييد توقيع العضو: _____ إذا كنت الممثل المفوض (يُرجى إرفاق المستندات القانونية): اكتب الاسم: _____ صلة القرابة بالعضو: _____

<input type="checkbox"/> وافق العضو شفهيًا على الإنهاء. توقيع ممثل CalOptima الذي تلقى الموافقة الشفهية: _____
--

<input type="checkbox"/> تبلغك CalOptima بإنهاء الاتفاق. لا يكون الإنهاء ساريًا إلا فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) التي أنشأناها أو تلقيناها بعد تلقي هذا الإخطار.

لمعرفة المزيد عن حقوق الخصوصية الخاصة بك، يُرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بـ CalOptima. كما يمكنك العثور عليه على موقعنا الإلكتروني www.caloptima.org، أو من خلال الاتصال بقسم خدمة عملاء CalOptima على الرقم **1-714-246-8500** أو بالهاتف المجاني على الرقم **1-888-587-8088**. نتواجد من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5.30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين يعانون صعوبات في السمع والكلام الاتصال بخط TDD/TTY الخاص بنا على الرقم **1-714-246-8523** أو على الرقم المجاني **1-800-735-2929**. لدينا طاقم يتحدث لغتك.

إذا كنت تعتقد أن حقوق خصوصيتك قد انتهكت، يمكنك تقديم شكوى إلى CalOptima من خلال الاتصال بالرقم **1-714-246-8500** أو إرسال رسالة إلى:

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

لا يمكن لـ CalOptima أن تحرمك من مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو اتخاذ أي إجراء قد يسبب ضررًا لك بأي شكل من الأشكال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية الخاصة بك.

مع خالص التقدير والاحترام،

خصوصية HIPAA
مكتب الامتثال