

فرم درخواست اطلاعات دقیق در زمینه افشا

تاریخ درخواست: _____

تاریخ تولد: _____ نام عضو: _____

شماره تلفن: _____ شماره شناسه CIN عضو: _____

من می‌خواهم گزارشی از نحوه افشای اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (Protected Health Information, PHI) من توسط CalOptima Health را طبق قانون دریافت نمایم. من متوجه هستم که CalOptima Health مجبور نیست در مورد موارد افشای زیر به من اطلاع بدهد:

1. افشای اطلاعات برای اهداف درمان، پرداخت، و عملیات مراقبت‌های درمانی.
 2. اطلاعاتی که به من داده شده یا ارائه آنها توسط من برای شخص یا افراد دیگری مجاز شمرده شده است.
 3. افشای اطلاعات به افرادی که در مراقبت از من نقش دارند.
 4. افشای اطلاعات انجام شده قبل از 14 آوریل 2003.
- همچنین من مطلع هستم که حق من برای دریافت گزارش برخی یا همه موارد افشا شده ممکن است در برخی موارد به حالت تعلیق در آید.
- من مطلع هستم که CalOptima Health باید گزارش افشای اطلاعات را ظرف 60 روز پس از درخواستم به من ارائه نماید یا به من اطلاع دهد که برای تهیه آن به 30 روز (یا کمتر) اضافی نیاز است.
- من مطلع هستم که اجازه دارم هر 12 ماه یک بار گزارش افشای رایگان دریافت کنم. اگر در طول 12 ماه بیش از 1 گزارش درخواست کنم، ممکن است از من هزینه ای دریافت شود.

لطفاً توجه داشته باشید، این درخواست برای دسترسی به اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI) نیست. با استفاده از این فرم، سوابقی مانند ادعاهای پزشکی یا ادعاهای داروخانه را دریافت نخواهید کرد. اگر این نوع مدارک نیاز دارید، لطفاً درخواست جداگانه ای برای دسترسی به اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده را در فرم مجموعه سوابق تعیین شده پر کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً از وب سایت ما به آدرس www.caloptima.org دیدن کنید یا با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره **1-888-587-8088** تماس بگیرید. اعضای دارای اختلالات شنوایی یا گفتاری می توانند با TTY ما با شماره **711** تماس بگیرند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

من می خواهم سابقه ای از اطلاعات افشا شده که دوره زمانی زیر را پوشش می دهد را داشته باشم :

از طرف: _____ گیرنده: _____

توجه: دوره زمانی نباید بیش از شش (6) سال باشد و همچنین نمی تواند شامل تاریخ های قبل از 14 آوریل, 2003 باشد.

روش تحویل درخواست شده (یکی را انتخاب کنید):

☐ تحویل «شخصی» در CalOptima Health (هنگام تحویل گرفتن کارت شناسایی مورد نیاز است)

☐ پست:

آدرس/واحد	شهر	ایالت	کدپستی
-----------	-----	-------	--------

☐ به صورت الکترونیکی، از طریق یک ایمیل امن به: _____

آدرس ایمیل

امضای عضو: _____ تاریخ: _____

اگر نماینده شخصی هستید، لطفاً بخش زیر را تکمیل کرده و مدارک را ارائه دهید:

نام خود را درج نمایید: _____ نسبت با عضو: _____