

YÊU CẦU CỦA CÁ NHÂN ĐỂ TIẾP NHẬN THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI) TRONG BẢN HỒ SƠ ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH (DRS)

Các thành viên CalOptima, hiện tại và trước đây, có thể yêu cầu bản sao Thông Tin về Sức Khỏe Được Giữ Kín (tiếng Anh là Protected Health Information – PHI) cá nhân của họ. Theo như được yêu cầu bởi Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế Liên Bang (tiếng Anh là Federal Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA), thành viên có quyền truy cập để xem xét và nhận lấy một bản sao thông tin về sức khỏe được giữ kín của họ được giữ trong một bản hồ sơ được chỉ định (tiếng Anh là designated record set – DRS). Quyền này không áp dụng cho các thông tin được biên soạn trong dự đoán hợp lý, hoặc để sử dụng trong buổi điều trần hành vi dân sự, hình sự hoặc hành chính. Các hồ sơ bổ sung cũng có thể bị loại trừ, bao gồm, nhưng không giới hạn đến, các ghi chú của văn phòng dịch vụ, các hồ sơ liên quan đến những thủ thuật chăm sóc sức khỏe, v.v.

CalOptima sẽ đáp ứng theo yêu cầu này trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày CalOptima nhận được một yêu cầu hoàn tất. Tuy nhiên, nếu thông tin không có sẵn, CalOptima có thể có đến 60 ngày theo lịch kể từ ngày CalOptima nhận được sự yêu cầu để đáp ứng theo yêu cầu này. CalOptima sẽ thông báo cho quý vị về việc chấp nhận yêu cầu và cung cấp cho quý vị thông tin yêu cầu, toàn bộ hoặc một phần, hoặc cung cấp một thông báo từ chối bằng văn bản giải thích những lý do từ chối, toàn bộ hoặc một phần, và cho biết nếu quý vị có quyền yêu cầu xem xét sự từ chối. CalOptima có thể tính phí \$0.10 cho mỗi trang và bất cứ chi phí bưu điện nào nếu quý vị yêu cầu chúng tôi gửi hồ sơ cho quý vị.

Để Yêu Cầu một Bản Sao Thông Tin Về Sức Khỏe Được Giữ Kín của Quý Vị trong Bản Hồ Sơ Được Chỉ Định (DRS):

1. Xin vui lòng hoàn tất toàn bộ mẫu đơn bao gồm điền tên họ chính thức của quý vị, 8 số CIN của quý vị do CalOptima cấp, ngày sinh của quý vị và số điện thoại thường dùng để có thể gặp được quý vị. **Xin lưu ý rằng để tiến hành yêu cầu của quý vị, quý vị phải nộp một bản sao giấy chứng minh (ID) có hình ảnh và có chữ ký đính kèm với mẫu đơn yêu cầu của quý vị.** Xin vui lòng viết rõ.
2. Nếu quý vị muốn chỉ định một người đại diện cá nhân để có quyền truy cập thông tin về sức khỏe được giữ kín của mình, thì quý vị cũng phải hoàn tất mẫu đơn Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin về Sức Khỏe Được Giữ Kín của CalOptima. Những yêu cầu do người đại diện cá nhân của quý vị nộp có thể phải được chứng minh/xác nhận đầy đủ.
3. Xin vui lòng chọn những loại hồ sơ quý vị đang yêu cầu từ danh sách được cung cấp hoặc cho biết cụ thể những loại hồ sơ mà quý vị muốn trong phần “Loại Hồ Sơ Khác”. Nếu quý vị không chắc là quý vị cần loại hồ sơ nào, xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima ở số **1-888-587-8088** để được hỗ trợ.
4. Xin lưu ý nếu quý vị được chỉ định cho một nhóm y tế (ví dụ như Monarch, AltaMed, v.v.) trong bất cứ khoảng thời gian nào mà quý vị yêu cầu, quý vị nên liên lạc với nhóm y tế đó. **CalOptima không lưu giữ hoặc truy cập được hồ sơ y tế do nhóm y tế, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ biên soạn (như những hồ sơ chích ngừa, phim hình chụp quang tuyến, những kết quả xét nghiệm, v.v.).**
5. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc hoặc quan tâm nào liên quan đến yêu cầu truy cập hồ sơ được chỉ định của quý vị, xin vui lòng liên lạc đường dây miễn phí của Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima tại số **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Những thành viên có khiếm khuyết về thính giác hoặc nói chuyện có thể gọi đường dây TDD/TTY của chúng tôi tại số **1-714-246-8523** hoặc đường dây miễn phí tại **1-800-735-2929**. Chúng tôi có nhân viên có thể nói ngôn ngữ của quý vị.



6. Bản hồ sơ được chỉ định của quý vị có thể được nhận tại văn phòng của CalOptima hoặc được gửi bằng thư điện tử hoặc thư bảo đảm. Những yêu cầu để gửi hồ sơ qua điện thư (fax) phải được CalOptima chấp thuận. Hồ sơ gửi bằng email sẽ được gửi bảo đảm (được mã hóa) đến địa chỉ email đã được cung cấp cho CalOptima; tuy nhiên, CalOptima sẽ không chịu trách nhiệm cho sự mất mát thông tin về sức khỏe được giữ kín trong các tài khoản email cá nhân.

**YÊU CẦU CỦA CÁ NHÂN ĐỂ TIẾP NHẬN THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI)
TRONG BẢN HỒ SƠ ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH (DRS)**

Tên Thành Viên: _____ Ngày Sinh: _____
(tháng/ngày/năm)

Số Điện Thoại: _____ Số CIN CalOptima: _____

Những loại hồ sơ được liệt kê ở dưới thường là một phần của Bản Hồ Sơ Được Chỉ Định (DRS) được CalOptima lưu giữ. Xin chọn (những) loại hồ sơ quý vị muốn xem xét/nhận bản sao:

- | | |
|--|---|
| ☐ (Các) Hồ Sơ Hóa Đơn Y Tế | ☐ (Các) Văn Bản của Buổi Điều Trần tại Tiểu Bang |
| ☐ (Các) Yêu Cầu Sự Cho Phép Y Tế | ☐ (Các) Hồ Sơ về việc Hội Đủ Điều Kiện |
| ☐ (Các) Hồ Sơ Điều Phối Sự Chăm Sóc | ☐ (Các) Mẫu Đơn Ghi Danh (Không áp dụng với những Thành Viên Medi-Cal) |
| ☐ (Các) Hồ Sơ Hóa Đơn Thuốc | ☐ Loại Hồ Sơ Khác, xin giải thích: _____ |
| ☐ (Các) Sự Cho Phép Trước (PA) về Thuốc | |
| ☐ (Các) Thông Báo về Quyết Định | |

Tôi yêu cầu bản sao của các hồ sơ cho những ngày nhận dịch vụ sau đây: _____ đến _____
(tháng/ngày/năm) (tháng/ngày/năm)

Xin lưu ý, những yêu cầu được nộp mà không có một khoảng thời gian sẽ được xem như là chưa hoàn tất.

Hình thức yêu cầu nhận thông tin (xin chọn một hình thức):

- ☐ “Tự” nhận tại CalOptima (sẽ phải chứng minh/xác nhận đầy đủ vào lúc nhận thông tin)
- ☐ Gửi thư: _____
Tên đường/Số nhà Thành Phố Tiểu Bang Mã Vùng
- ☐ Điện thư (Fax) (Theo sự chấp thuận): _____
- ☐ Email: _____

Thông tin chứng minh được yêu cầu (xin chọn một):

- ☐ Bản sao của giấy chứng minh (ID) được đính kèm (như bằng lái xe có hiệu lực, giấy khai sinh, thẻ ID phúc lợi, v.v.)
- ☐ Nếu không đính kèm giấy chứng minh, chữ ký của quý vị phải được công chứng.

Được Công Chứng Bởi: _____
Số Công Chứng: _____
Ngày: _____

Unofficial Unless Stamped by Notary Public

Theo hình phạt khai man, tôi xác nhận rằng thông tin trong mẫu đơn này là đúng theo sự hiểu biết nhất của tôi.
Chữ Ký: _____ Ngày: _____
(Thành Viên/Người Đại Diện Hợp Pháp) (tháng/ngày/năm)

Nếu người nào khác ngoài thành viên đã ký, xin cho biết mối quan hệ với thành viên: _____

Tên Viết Hoa: _____ *(sẽ phải chứng minh/xác nhận đầy đủ)*

Xin vui lòng nộp mẫu đơn yêu cầu đã được hoàn tất và ký tên đến cho CalOptima bằng cách gửi trực tiếp, bằng đường bưu điện, hoặc bằng fax.

CalOptima
Attn: Office of Compliance (Privacy)
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
Fax: 1-714-481-6457