



## 個人申請查閱指定病歷紀錄 (DRS) 中之受保護健康資訊 (PHI)

您有權檢查指定病歷紀錄 (Designated Record Set, DRS) 中的受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI)。您也有權要求取得這些紀錄的副本。我們會在收到填妥之申請表後 30 日內回覆您的申請。如有關資訊未能立刻提供，CalOptima Health 有最多 60 日的時間向您提供您的 PHI。如您申請將副本寄送給您，CalOptima Health 可能就每頁收 \$0.10 的影印費，另加郵資。

### 若要申請在 DRS 中的您的 PHI 副本：

1. 填寫整個表格並用正楷清楚填寫。為了處理您的要求，您的申請表中必須附上您的有效帶照片身份證件 (ID) 的影本。
2. 如果您想指定其他人取得或接收您的 PHI，那麼您也必須填寫 CalOptima Health 受保護健康資訊披露授權表格。您的個人代表提出的請求需經過核實。
3. 請從提供的清單中選擇您需要的紀錄類型。如果您不確定自己需要什麼，請撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話 **1-888-587-8088** 尋求協助。
4. 如果您在所要求的日期的任何時間段內有加入一個醫療網，您也應該聯絡該醫療網請求您的醫療紀錄。CalOptima Health 並未持有您醫療紀錄的完整副本。如果您想查看、修改您的醫療紀錄或索取一份副本，請與您的醫生或診所聯絡。
5. 如果您對此內容有任何疑問，請致電 CalOptima Health 客戶服務部門免付費電話 **1-888-587-8088**，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點 30 分。TTY 用戶可以撥打免付電話 711。我們有工作人員會說您的語言。
6. 您的紀錄可在 CalOptima Health 辦公室領取，可透過電子郵件或美國郵政掛號郵件發送。若要以傳真方式發送紀錄，必須經過 CalOptima Health 的批准。透過電子郵件發送的紀錄將以安全 (加密) 的方式傳送到所提供的電子郵件地址。但是，CalOptima Health 不對個人電子郵件帳戶中遺失的 PHI 負責。



會員姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
(月月/日日/年年年年)

電話: \_\_\_\_\_ CalOptima Health CIN 號碼: \_\_\_\_\_

以下列出的紀錄類型是 CalOptima Health 所維護的 DRS 的一部分。請選擇您想要查看或接收的紀錄類型以及日期範圍。

#### 核准

- 醫療核准申請
- 藥房事先核准 (PA)
- 行動通知

#### 行為健康紀錄

- 行為健康核准/拒絕
- 個案管理紀錄

#### 個案管理部門

- 個案管理紀錄
- 個案管理護理計劃
- 個案管理評估

#### 理賠/帳單

- 醫療理賠紀錄
- 藥房理賠紀錄

#### 客戶服務部

- 會員通話紀錄

#### 資格

- 資格紀錄
- 自動分配和醫療網的更改
- 參加表格 (不適用於 Medi-Cal 會員)

#### 申訴與上訴 (GARS)

- 申訴案件檔案紀錄
- 上訴案件檔案紀錄

#### 健康教育與疾病管理

- 護理計劃
- 評估
- 健康教育和疾病管理筆記

#### 長期服務和支援 (LTSS)

- 評估
- 核准
- 個案管理紀錄

#### 多功能耆老服務計劃 (MSSP)

- 評估
- 護理計劃
- 轉介表格
- 進度筆記
- 申請表格

#### 州聽證會

- 州聽證會紀錄

我請求以下服務日期的紀錄副本：

\_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_  
(月月/日日/年年年年) (月月/日日/年年年年)

提交的申請如果沒有日期範圍將被視為不完整申請。



**要求遞送的方式 (選擇一項) :**

“親自”到 CalOptima Health 取件 (取件時需出示身份證明)

---

郵寄:

傳真 (經批准後): \_\_\_\_\_  電子郵件: \_\_\_\_\_

**需要身份證明資訊 (選擇一項) :**

附上的 ID 影本 (例如:有效駕駛執照、出生證明、福利 ID 卡)

有附上ID, 您的簽名必須經過公證。

公證人: \_\_\_\_\_

公證人編號: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

除非經公證人蓋章, 否則為非正式文件

**簽名區塊:**

(我明白為了處理我的申請, 我的申請表中必須附上政府頒發的有效身份證件 (identification, ID) 影本、及具法律授權文件影本或經過公證的簽名文件。)

透過在下面簽名, 我已閱讀此表格並瞭解其含義。

會員/個人代表簽名:

日期

父母/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

父母/監護人正楷填寫姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

CalOptima Health 保留要求代表被扶養會員簽名的父母/監護人提供法律文件 (例如出生證明、法院命令) 的權利。

個人代表 - 請附上法律文件, 以證明您是該人的監護人、遺囑執行人或擁有該人的醫療決策權。

將填妥並簽署的申請表和身份證影本提交給 CalOptima Health, 可以親自提交, 也可以透過郵寄或傳真提交。

**Attn: Office of Compliance (Privacy)**

CalOptima Health

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

**Fax: 1-714-481-6457**