

درخواست فردی برای دسترسی به اطلاعات بهداشتی حفاظت شده (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) تعیین شده (DESIGNATED RECORD SET, DRS) موجود در مجموعه مدارک

شما حق دارید اطلاعات بهداشتی حفاظت شده (PHI) خود را در مجموعه سوابق تعیین شده (DRS) بررسی کنید. شما همچنین حق دارید یک کپی از این سوابق را درخواست کنید. ظرف 30 روز پس از دریافت فرم تکمیل شده توسط ما، پاسخی به درخواست شما دریافت خواهید کرد. اگر اطلاعات به راحتی در دسترس نباشند، CalOptima Health تا 60 روز فرصت دارد تا اطلاعات بهداشتی حفاظت شده شما PHI را در اختیارتان قرار دهد. در صورت درخواست ارسال کپی سوابق از طریق پست، CalOptima Health ممکن است برای هزینه پستی هر صفحه مبلغ 0.10 دلار دریافت کند.

برای درخواست یک کپی از اطلاعات بهداشتی حفاظت شده PHI خود در DRS:

1. فرم را به طور کامل و با دست خط خوانا پر کنید. برای رسیدگی به درخواست خود، باید یک کپی از کارت شناسایی معتبر خود را به فرم درخواست خود پیوست کنید.
2. اگر می‌خواهید شخص دیگری را برای دسترسی یا دریافت اطلاعات بهداشتی حفاظت شده PHI خود تعیین کنید، باید فرم مجوز CalOptima Health را نیز برای انتشار اطلاعات بهداشتی حفاظت شده تکمیل کنید. درخواست‌های نماینده شخصی شما منوط به تأیید است.
3. لطفاً نوع اطلاعات مورد نیاز خود را از لیست ارائه شده انتخاب کنید. اگر مطمئن نیستید که به چه چیزی نیاز دارید، لطفاً برای دریافت کمک با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان **1-888-587-8088** تماس بگیرید.
4. اگر در هر بخشی از بازه زمانی درخواستی، عضوی از یک شبکه درمانی بوده‌اید، باید برای درخواست مدارک پزشکی خود با آن شبکه درمانی نیز تماس بگیرید. CalOptima Health کپی کامل مدارک پزشکی شما را نگهداری نمی‌کند. اگر مایل به مشاهده یا دریافت یک کپی از مدارک پزشکی خود هستید، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.
5. اگر در مورد درخواست خود سؤال دارید، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health به صورت رایگان به شماره **1-888-587-8088**، دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر. کاربران TTY می‌توانند با شماره رایگان **711** تماس بگیرند. ما ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند.
6. می‌توانید مدارک خود را از یکی از دفاتر CalOptima Health، یا از طریق ایمیل یا پست سفارشی ایالات متحده دریافت کنید. درخواست‌های فکس مدارک باید توسط CalOptima Health تأیید شود. مدارک ارسال شده از طریق ایمیل به صورت ایمن (رمزگذاری شده) به آدرس ایمیل ارائه شده ارسال می‌شوند. با این حال، CalOptima Health مسئولیتی در قبال از دست رفتن اطلاعات بهداشتی حفاظت شده PHI در حساب‌های ایمیل شخصی ندارد.

تاریخ تولد: _____ نام عضو: _____

(سال/روز/ماه)

تلفن: (_____) شماره شناسه CalOptima Health: _____

انواع مدارک ذکر شده در زیر بخشی از DRS هستند که توسط CalOptima Health نگهداری می‌شوند. لطفاً انواع اطلاعاتی را که می‌خواهید مشاهده یا دریافت کنید و همچنین محدوده تاریخ را انتخاب کنید.

- | | |
|---|---|
| <p>شکایات و درخواست بررسی مجدد (GARS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ مدارک پرونده شکایت ☐ مدارک پرونده تجدید نظر <p>آموزشهای بهداشتی و مدیریت بیماری</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ طرح(های) مراقبتی ☐ ارزیابی(ها) ☐ آموزش بهداشت و مدیریت بیماری‌ها یادداشت ها <p>خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ ارزیابی(ها) ☐ مجوز(ها) ☐ یادداشت‌های مدیریت پرونده <p>برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ ارزیابی(ها) ☐ طرح(های) مراقبتی ☐ فرم(های) معرفی نامه ☐ یادداشت‌های پیشرفت ☐ فرم درخواست <p>جلسه (های) رسیدگی ایالتی</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ مدارک جلسه رسیدگی ایالتی | <p>مجوزها</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ درخواست(های) مجوز پزشکی ☐ اجازه(های) قبلی داروخانه (PA) ☐ اطلاعیه اقدام(ها) <p>مدارک سلامت رفتاری</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ مجوز(های) رد درخواستهای سلامت رفتاری ☐ یادداشت‌های خدمات مدیریت پرونده <p>مدیریت پرونده</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ یادداشت(های) مدیریت پرونده ☐ طرح(های) مراقبتی مدیریت پرونده ☐ ارزیابی(های) مدیریت پرونده <p>مطالبات/فاکتورها</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ مدارک مطالبات پزشکی ☐ مدارک مطالبات داروخانه <p>خدمات مشتریان</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ سوابق تماس اعضا <p>واجد شرایط بودن</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ سوابق واجد شرایط بودن ☐ واگذاری خودکار و تغییرات شبکه درمانی ☐ فرم(های) ثبت نام (برای اعضای Medi-Cal اعمال نمی‌شود) |
|---|---|

درخواست کپی سوابق مربوط به تاریخ‌های ارائه خدمات زیر را دارم: _____ تا _____
 (سال/روز/ماه) (سال/روز/ماه)

درخواست‌های ارسالی بدون محدوده تاریخ، ناقص تلقی خواهند شد.

روش تحویل مورد نظر (یکی را انتخاب کنید):

☐ تحویل حضوری از CalOptima Health (ارائه کارت شناسایی در زمان تحویل الزامی است)

☐ پستی

☐ فکس (پس از تأیید): ()

☐ ایمیل:

اطلاعات شناسایی مورد نیاز است (یکی را انتخاب کنید):

☐ کپی مدرک شناسایی ضمیمه شده (مثلاً گواهینامه رانندگی معتبر، گواهی تولد، کارت شناسایی مزایا)

☐ اگر هیچ مدرک شناسایی پیوست نشده باشد، امضای شما باید محضری شود.

غیررسمی مگر اینکه توسط دفتر اسناد رسمی مهر شده باشد

تأیید شده توسط: _____

شماره دفتردار اسناد رسمی: _____

تاریخ: _____

بخش امضا:

(متوجه هستم که برای رسیدگی به درخواستم، یک کپی از مدرک شناسایی معتبر دولتی، یک کپی از مدارک قانونی یا امضای محضری باید به فرم درخواست من ضمیمه شود.)

با امضای زیر، تأیید می‌کنم که این فرم را خوانده‌ام و معنای آن را می‌دانم.

تاریخ

امضای عضو/نماینده شخصی

امضای والدین/قیم: _____ تاریخ: _____

نام و نام خانوادگی والدین/قیم: _____ نسبت با عضو: _____

CalOptima Health الزام می‌کند که یکی از والدین/قیم به نمایندگی از عضو تحت تکفل، درخواست اسناد قانونی (مثلاً گواهی تولد، حکم دادگاه و غیره) را امضا کند.

نمایندگان شخصی - لطفاً مدارک قانونی را پیوست کنید تا تأیید کنید که شما قیم یا مجری وصیت‌نامه متوفی هستید یا اختیار تصمیم‌گیری‌های پزشکی برای فرد را دارید.

فرم درخواست تکمیل شده و امضاشده و یک کپی از مدرک شناسایی خود را به صورت حضوری، از طریق پست یا فکس به CalOptima Health ارسال کنید.

Attn: Office of Compliance (Privacy)

CalOptima Health

505 City Parkway West

Orange CA 92868

فکس: 1-714-481-6457