



THÀNH VIÊN YÊU CẦU SỬA ĐỔI THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI)

Ngày Yêu Cầu: _____

Tên của Thành Viên: _____ Ngày Sinh: _____

Số CIN của Thành Viên: _____ Số Điện Thoại: _____

Xin cho chúng tôi biết Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) hoặc hồ sơ nào mà quý vị muốn CalOptima Health thay đổi:

Xin cho chúng tôi biết vì sao quý vị muốn thay đổi. Quý vị phải cho biết lý do:

THÔNG BÁO:

CalOptima Health phải cho quý vị biết trong vòng 60 ngày dương lịch nếu chúng tôi thực hiện việc thay đổi theo yêu cầu của quý vị, hoặc cho quý vị biết rằng chúng tôi cần thêm thời gian (tối đa là 30 ngày dương lịch) để quyết định. Xin cho chúng tôi biết nên gửi thư đến địa chỉ nào:

Địa chỉ: _____ Số căn hộ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Số Vùng: _____

Nếu CalOptima Health quyết định thay đổi hồ sơ theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi những thay đổi cho bất kỳ người nào đã nhận được thông tin trước khi thông tin được thay đổi. Xin cho chúng tôi biết nếu có bất kỳ người nào cần thông tin đã được thay đổi này.

☐ Không

☐ Có Xin liệt kê tên và địa chỉ của những người này:

Chúng tôi cũng sẽ gửi những thay đổi cho những người khác mà chúng tôi biết là họ đã nhận thông tin này trước khi thông tin được thay đổi nếu họ đã sử dụng, hoặc có thể sử dụng thông tin này trong tương lai. Quý vị có đồng ý không?

☐ Không ☐ Có

NHỮNG GIỚI HẠN:

CalOptima Health không phải thay đổi hồ sơ của quý vị nếu:

- CalOptima Health đã không tạo ra những thông tin đó.
- Thông tin trong hồ sơ là chính xác và đầy đủ.
- Quý vị không có quyền pháp lý để tiếp cận Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín mà quý vị muốn thay đổi.
- Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín mà quý vị muốn thay đổi không phải là một phần thông tin (Bộ Hồ Sơ Được Chỉ Định của Thành Viên; bao gồm thông tin ghi danh, hồ sơ thanh toán và hồ sơ có Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín của quý vị mà chúng tôi sử dụng để đưa ra các quyết định về quý vị) được CalOptima Health lưu giữ.

QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ:

Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, xin tham khảo bản sao Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của CalOptima Health. Quý vị có thể tìm bản sao trên trang mạng của chúng tôi: www.caloptima.org, hoặc quý vị có thể gọi văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên bị khiếm thính hoặc khiếm âm có thể gọi đường dây **TDD/TTY** ở số **711**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn than phiền với CalOptima Health bằng cách gọi số 1-714-246-8500.

CalOptima Health không thể tước đi các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc không thể làm gì tổn hại đến quý vị theo bất kỳ cách nào nếu quý vị chọn nộp đơn than phiền hoặc sử dụng bất cứ quyền riêng tư nào.

KÝ TÊN:

Chữ Ký của Thành Viên: _____

Trong trường hợp là Người Đại Diện Được Ủy Quyền (vui lòng đính kèm giấy tờ phù hợp):

Tên viết In hoa: _____ Mối quan hệ với Thành viên: _____

NỘP ĐƠN CHO CALOPTIMA HEALTH:

Xin gửi lại mẫu đơn đã hoàn tất đến:

CalOptima Health Privacy Officer
505 City Parkway West • Orange, CA 92868
Số fax: 714-481-6457