



지정 의료 정보(Designated Record Set, DRS)에 보호된 개인 건강 정보 (Protected Health Information, PHI) 접근에 대한 개별 요청서

귀하는 지정 의료 정보(DRS)에 포함된 보호된 건강 정보(PHI)를 점검할 권리가 있습니다. 또한 귀하는 해당 기록의 사본을 요청할 권리가 있습니다. 귀하는 저희가 작성 완료된 양식을 받은 날로부터 30일 내에 요청에 대한 답변을 받으실 것입니다. 정보를 쉽게 얻을 수 없는 경우, CalOptima Health는 최대 60일 이내에 귀하의 PHI를 제공할 수 있습니다. 기록 사본을 우편으로 보내달라고 요청하시는 경우, CalOptima Health는 페이지당 \$0.10의 수수료와 우편 요금을 부과할 수 있습니다.

DRS에 PHI 사본을 요청하려면:

1. 양식을 모두 입력하고 선명하게 출력합니다. **귀하의 요청을 처리하려면, 사진이 포함된 유효한 신분증(ID) 사본을 요청 양식과 함께 제출하셔야 합니다.**
2. 귀하 대신 귀하의 PHI에 접근하거나 수령할 사람을 지정하려면 CalOptima Health 보호된 건강 정보 공개 승인 (Authorization for Release of Protected Health Information) 양식도 작성하셔야 합니다. 귀하의 대리인이 제출한 요청은 검증이 필요합니다.
3. 제공된 목록에서 필요한 기록 유형을 선택하십시오. 무엇이 필요한지 확실하지 않은 경우, CalOptima Health의 고객 서비스 무료번호 **1-888-587-8088**번으로 전화하십시오.
4. 요청하신 기간 동안 건강 네트워크에 가입되어 계셨다면 해당 건강 네트워크에 연락하여 의료 기록을 요청하셔야 합니다. **CalOptima Health는 회원의 의료 기록 사본 전체를 갖고 있지 않습니다. 회원의 의료 기록을 보거나, 사본을 받거나, 변경하고자 하는 경우, 회원의 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.**
5. 귀하의 요청을 질문이 있으면 CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-888-587-8088** 번으로 월요일 ~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화하십시오. TTY 사용자 무료 전화는 <711>번입니다. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.
6. 귀하의 기록은 CalOptima Health의 사무실에서 직접 받으시거나, 이메일 또는 우편으로 받아보실 수 있습니다. 기록을 팩스로 보내달라는 요청은 CalOptima Health의 승인을 받아야 합니다. 이메일로 받아보시는 경우, 제공된 이메일 주소로 기록을 보안(암호화) 전송됩니다. 단, CalOptima Health는 개인 이메일 계정에서 발생한 PHI 유실에 대해 책임을 지지 않습니다.



회원 이름: _____ 생년월일: _____
(월/일/년도)

전화번호: _____ CalOptima Health CIN 번호: _____

아래에 나열된 기록 유형은 CalOptima Health가 유지하는 DRS의 일부입니다. 보길 원하거나 받아보고자 하는 기록의 유형과 날짜 범위를 선택하십시오.

승인들

- 의료 승인 요청(들)
- 약국 사전 승인(들)(PA, Prior Authorization)
- 행동 통지서(들)

행동 건강 기록(들)

- 행동 건강 승인(들)/거부
- 치료 관리 기록들

사례 관리부

- 사례 관리 기록(들)
- 사례 관리 치료 계획(들)
- 사례 관리 평가(들)

청구/청구서

- 의료 청구 기록(들)
- 약물 청구 기록(들)

고객 서비스

- 회원 통화 기록

자격

- 자격 기록(들)
- 자동 지정 및 건강 네트워크 변경 사항
- 가입 양식(들) (Medi-Cal 회원에게는)

불만 및 항소 해결 서비스(GARS)

- 불만 사례 기록(들)
- 항소 사례 제기 기록(들)

건강 교육 및 질병 관리 부서

- 관리 계획(들)
- 평가(들)
- 건강 교육 및 질병 관리 참고

장기 서비스 및 지원

(Long-Term Services and Supports, LTSS)

- 평가(들)
- 승인(들)
- 사례 관리 기록들

다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- 평가(들)
- 관리 계획(들)
- 의뢰 양식(들)
- 진행 상황 기록
- 신청서

주 정부 청문회(들)

- 주 청문회 기록(들)

다음 서비스 기간에 대한 기록의 사본을 요청합니다: _____에서 _____
(월/일/년도) (월/일/년도)

날짜 범위 없이 제출된 요청은 미완성으로 간주됩니다.



요청한 전달 방식(1개 선택):

- CalOptima Health에서 '직접' 수령(수령 시 신분증 지참 필수)

<input type="checkbox"/> 우편	도로명/호수	도시	주	우편번호
<input type="checkbox"/> 팩스 (승인 후):	□ 이메일:			

신원 정보 필수(1개 선택):

- 신분증(ID) 사본(예: 유효한 운전면허증, 출생증명서, 혜택 ID 카드)

- 이 첨부되지 않은 경우, 서명은 공증되어야 합니다.

공증인: _____

공증인 번호: _____

날짜: _____

공증인 도장이 찍히지 않은 경우 비공식 서명입니다

서명란:

(본인은 유효한 정부 발급 신분증(ID) 사본, 법적 권한이 명시된 서류의 사본 또는 공증을 받은 서명을 요청 양식에 포함해야만 본인의 요청을 처리할 수 있다는 사실을 이해합니다.)

아래에 서명함으로써 본 양식을 읽고 의미를 이해했음을 진술합니다.

회원/대리인 서명	날짜
부모/보호자 서명:	날짜:
부모/보호자 인쇄체 이름:	관계:

CalOptima는 회원을 대신하여 서명하는 대리인에게 법적 서류(예: 법원 명령 등)를 요구할 권리를 보유합니다.

본인이 유산 후견인, 유언 집행자 또는 해당 개인의 의료적 의사 결정권이 있음을 증명하는 법적 문서를 첨부해야 합니다.

작성 완료 및 서명한 요청 양식과 신분증 사본을 대면, 우편 또는 팩스를 통해 CalOptima에 제출하십시오.

Attn: Office of Compliance (Privacy)

CalOptima Health

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

팩스: 1-714-481-6457