



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЗАПРОС НА ДОСТУП К ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) ИЗ ОТДЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗАПИСЕЙ (DESIGNATED RECORD SET, DRS)

Вы имеете право проверять свою защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) в отдельной группе записей (Designated Record Set, DRS). Вы также имеете право запросить копии этих записей. Вы получите ответ на свой запрос в течение 30 дней после получения нами заполненной формы. Если информация недоступна, у CalOptima Health есть до 60 дней, чтобы предоставить вам вашу PHI. CalOptima Health может взимать плату в размере \$0.10 за страницу, а также требовать оплаты любых почтовых сборов, если вы запросите отправку копий записей по почте.

Отправка запроса о предоставлении копии вашей PHI в DRS:

1. Заполните форму полностью, разборчивыми печатными буквами. **Для обработки вашего запроса к форме необходимо приложить фотокопию вашего действительного удостоверения личности (ID) с фотографией.**
2. Если вы хотите предоставить право доступа к вашей PHI и ее получения другому лицу, вам также необходимо заполнить форму разрешения CalOptima Health на передачу защищенной медицинской информации. Запросы вашего личного представителя подлежат проверке.
3. Выберите нужный вам тип записей из предоставленного списка. Если вы не уверены, что именно вам нужно, позвоните в отдел обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-888-587-8088** для получения помощи (звонок бесплатный).
4. Если в какое-либо время из запрашиваемого периода вы являлись участником медицинской сети, вам также следует обратиться в эту медицинскую сеть, чтобы запросить медицинские записи. **У CalOptima Health нет всех ваших медицинских записей. Если вы хотите просмотреть или получить копии своих медицинских записей, обратитесь к своему врачу или в свою клинику.**
5. С любыми вопросами, связанными с вашим запросом, вы можете обращаться в отдел обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-888-587-8088** (звонок бесплатный), с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m. Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711** (звонок бесплатный). У нас есть сотрудники, говорящие на Вашем языке.
6. Свои записи вы можете получить в офисе CalOptima Health, по электронной почте или заказным письмом по почте. Запросы на отправку записей по факсу должны быть одобрены CalOptima Health. По электронной почте записи отправляются в защищенном (зашифрованном) виде на указанный электронный адрес. При этом CalOptima Health не несет ответственности за утрату PHI на личных учетных записях электронной почты.

Имя участника: _____ Дата рождения: _____
(мм/дд/гггг)

Телефон: _____ Номер CIN CalOptima Health: _____

Перечисленные ниже типы записей входят в состав DRS в CalOptima Health. Выберите типы записей, которые вы хотите просмотреть или получить, а также диапазон дат.

Разрешения

- ☐ Запрос(-ы) на медицинское разрешение
- ☐ Предварительные разрешения (Prior Authorization(s), PA) аптек
- ☐ Уведомление(-я) о действии(-ях)

Записи о поведенческом здоровье

- ☐ Разрешение(-я)/отказы в предоставлении услуг поведенческого здоровья
- ☐ Заметки по управлению лечением

Ведение пациента

- ☐ Примечание(-я) по ведению пациента
- ☐ План(-ы) ведения пациента
- ☐ Обследования в рамках ведения пациента

Страховые требования/ счета

- ☐ Медицинские страховые требования
- ☐ Страховые требования аптек

Обслуживание клиентов

- ☐ Журнал звонков участника

Право на участие

- ☐ Запись(-и) о соответствии требованиям
- ☐ Автоматическое назначение и изменения медицинской сети
- ☐ Регистрационная форма(-ы) (кроме участников Medi-Cal)

Претензии и апелляции (GARS)

- ☐ Запись(-и) о претензиях
- ☐ Запись(-и) об апелляциях

Санитарное просвещение и лечение заболеваний

- ☐ План(-ы) лечения
- ☐ Обследования
- ☐ Санитарное просвещение и лечение заболеваний

Долгосрочные услуги и поддержка (Long-Term Services and Supports, LTSS)

- ☐ Обследования
- ☐ Разрешения
- ☐ Заметки по ведению пациента

Комплексная программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- ☐ Обследования
- ☐ План(-ы) лечения
- ☐ Формы направлений
- ☐ Заметки о реализации плана
- ☐ Форма заявки

Слушания на уровне штата

- ☐ Протоколы слушаний на уровне штата

Я запрашиваю копии записей за следующие периоды:

_____ по _____
(мм/дд/гггг) (мм/дд/гггг)

Запросы, отправленные без указания диапазона дат, будут считаться неполными.



Желаемый способ доставки (выберите один вариант):

☐ Получение лично в CalOptima Health (при получении необходимо предъявить удостоверение личности)

☐ По почте

☐ По факсу (требуется одобрение): _____ ☐ По электронной почте: _____

Требуется информация для подтверждения личности (выберите один вариант):

☐ Прилагается копия удостоверения личности (например, действительные водительские права, свидетельство о рождении, идентификационная карточка получателя льгот)

☐ Если документ, удостоверяющий личность, не приложен, ваша подпись должна быть заверена нотариусом.

Заверено нотариусом: _____

Номер нотариуса: _____

Дата: _____

Действительно только при заверении
нотариусом

Раздел для подписи для подписи:

(Я понимаю, что для обработки моего запроса необходимо приложить копию действительного удостоверения личности, выданного государственными органами (identification, ID), копию документа, подтверждающего законные полномочия, или нотариально заверенную подпись).

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомлен(-а) с данной формой и понимаю ее значение.

Подпись участника/личного представителя

Дата

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

Кем приходится участнику: _____

CalOptima Health оставляет за собой право запросить юридическую документацию (например, свидетельство о рождении, решение суда и т. д.) у родителя/опекуна, подписывающего от имени находящегося на иждивении участника.

Для личных поставщиков — приложите юридические документы, подтверждающие ваше право выступать в качестве опекуна, исполнителя завещания умершего или принимать медицинские решения в отношении данного лица.

Отправьте заполненную и подписанную форму запроса и копию удостоверения личности в CalOptima Health по почте или по факсу или принесите ее лично.

Attn: Office of Compliance (Privacy)

CalOptima Health

505 City Parkway West • Orange, CA 92868

Факс: 1-714-481-6457