



關於修改受保護健康資訊 (PHI) 的會員申請

申請日期：_____

會員姓名：_____ 出生日期：_____

會員CIN號碼：_____ 電話號碼：_____

請告訴我們您希望CalOptima Health 更改哪些受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 或紀錄：

請告訴我們您想進行更改的理由。你必須提供理由：

通知：

CalOptima Health 必須在60個曆日內通知您是否已按照您的要求進行更改，或通知您需要更多時間（最多額外30個日曆日）來作出決定。請告訴我們您的收信地址：

地址：_____ 公寓單位：_____

城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

如果CalOptima Health 決定按您的要求更改紀錄，則將在進行更改前將該變更發送給接收資訊的任何一人。請告訴我們是否有人需要變更的資訊。

☐ 否

☐ 有 請列出此人的姓名和地址：

我們還會在進行更改之前，將更改資訊發送給我們所知的曾收到此資訊的其他人，如果他們曾需要或可能在將來需要此資訊。您對此是否同意？

☐ 否 ☐ 是



限制

如果出現以下情況，CalOptima Health不必更改您的紀錄：

- CalOptima Health 并未創建此資訊。
- 紀錄中的資訊準確、完整。
- 您沒有合法權力獲取您想要更改的受保護健康資訊 (PHI)。
- 您想要更改的受保護健康資訊(PHI) 並非 CalOptima Health 保存的信息的一部分(會員指定醫療紀錄；這包括我們依據來作出有關您的決定之入保資訊、帳單紀錄和包含您的受保護健康資訊 (PHI)的紀錄)。

您的權利

要瞭解更多有關您的隱私權之信息，請參閱您的 CalOptima Health 隱私慣例通知副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org，或致電CalOptima Health 客戶服務部取得，電話是 **1-714-246-8500** 或免付費電話 **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。有聽力或言語障礙的會員可以撥打我們的 **TDD/TTY 熱線 711**。我們有工作人員會說您的語言。

若您認為自己的隱私權受到侵犯，您可向CalOptima Health 提出投訴，請致電**1-714-246-8500**。

即使您選擇作出投訴或行使任何隱私權，CalOptima Health 將不會以任何形式取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的利益。

簽名

會員簽名：_____

若為授權代表(請附上適當文件)：

正楷填寫姓名：_____ 與會員的關係：_____

提交至CalOptima Health

將填好的表格回寄至：

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