



## 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](http://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