

ЗАПРОС НА ОГРАНИЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Дата запроса: _____

Имя участника: _____ Дата рождения: _____

Номер CIN участника: _____ Номер телефона: _____

Я понимаю, что CalOptima Health может использовать или раскрывать (передавать) мою защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) в целях лечения, оплаты и оказания медицинской помощи. CalOptima Health также может передать информацию лицу, принимающему участие в моем лечении или в оплате этого лечения, например, члену семьи или другу.

Я понимаю, что план CalOptima Health не обязан выполнять мой запрос.

Я прошу ограничить использование и раскрытие планом CalOptima Health защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). Информация, на которую я хочу наложить ограничения:

Я хочу ограничить для CalOptima Health:

- Использование этой информации
- Раскрытие этой информации
- Использование и раскрытие этой информации

Я хочу, чтобы ограничения применялись в отношении следующего физического/юридического лица (например, супруг(-а)): : _____

ТРЕБУЕМЫЕ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ

Даже если CalOptima Health согласится наложить ограничение, информация все равно может быть передана в следующих обстоятельствах:

- В случае возникновения экстренной медицинской ситуации, если информация, на которую наложены ограничения, необходима для оказания экстренной медицинской помощи. Однако если информация будет раскрыта в экстренной ситуации, CalOptima Health сообщит получателю о том, что ее использование и раскрытие в каких-либо иных целях не разрешается.
- Для целей надзорной деятельности органов здравоохранения
- Для использования или раскрытия информации в соответствии с требованиями законодательства
- Если согласованное ограничение прекращено в письменной форме
- Если я устно выражу свое согласие на прекращение ограничения и такое устное согласие задокументировано.



- Если CalOptima Health сообщит мне о прекращении действия согласия. В таком случае это прекращение действия ограничения распространяется только на PHI, созданную или полученную CalOptima Health после получения мной уведомления о прекращении.

ВАШИ ПРАВА

Более подробная информация о ваших правах на защиту конфиденциальных данных приведена в имеющемся у вас экземпляре Уведомления о политике конфиденциальности CalOptima Health. Также это Уведомление можно найти на нашем сайте www.caloptima.org, запросить в отделе обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-714-246-8500** или по номеру для бесплатных звонков **1-888-587-8088**, с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 5:30 р.м. Участники с нарушениями слуха или речи могут обращаться на линию TDD/TTY по номеру **711**. У нас есть сотрудники, говорящие на вашем языке.

Если вы считаете, что ваши права на защиту конфиденциальности были нарушены, вы можете подать жалобу в CalOptima Health или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Чтобы подать жалобу в CalOptima Health, обратитесь в отдел обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-714-246-8500** или напишите по адресу:

ATTN Customer Service Department
CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange CA 92868

CalOptima Health не может лишить вас льгот по медицинскому обслуживанию или причинить вам какой-либо вред, если вы решите подать жалобу или воспользоваться любыми правами на защиту конфиденциальности, изложенными в настоящем уведомлении.

ПОДПИСЬ

Подпись участника: _____

Для уполномоченного представителя (приложить юридическую документацию):

Имя печатными буквами: _____ Кем приходится участнику: _____