

YÊU CẦU CỦA CÁ NHÂN ĐỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI) TRONG BỘ HỒ SƠ ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH (DRS)

Quý vị có quyền kiểm tra Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín (Protected Health Information, PHI) của mình trong Bộ Hồ sơ được Chỉ định (Designated Record Set, DRS). Quý vị cũng có quyền yêu cầu bản sao của những hồ sơ này. Quý vị sẽ nhận được hồi đáp cho yêu cầu của mình trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được mẫu đơn đã hoàn tất. Nếu không có sẵn thông tin, CalOptima Health có tối đa 60 ngày để cung cấp PHI cho quý vị. CalOptima Health có thể tính mức phí \$0.10 cho mỗi trang và bất kỳ cước phí bưu điện nào nếu quý vị yêu cầu gửi bản sao hồ sơ cho quý vị qua đường bưu điện.

Để Yêu cầu Bản sao Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín của Quý vị trong Bộ Hồ sơ được Chỉ định:

1. Xin điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn và viết rõ ràng. **Để tiến hành yêu cầu của quý vị, phải đính kèm bản sao giấy tờ nhận diện có ảnh hợp lệ của quý vị cùng với mẫu đơn yêu cầu.**
2. Nếu quý vị muốn chỉ định một người khác xem hay nhận Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín của mình, quý vị cũng phải hoàn tất mẫu đơn Cho phép Tiết lộ Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín của CalOptima Health. Các yêu cầu từ người đại diện cá nhân của quý vị sẽ được xác minh.
3. Xin chọn loại hồ sơ mà quý vị cần từ danh sách được cung cấp. Nếu quý vị không chắc mình cần loại hồ sơ nào, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-888-587-8088** để được trợ giúp.
4. Vào bất kỳ lúc nào trong khoảng thời gian yêu cầu, nếu quý vị là thành viên của nhóm y tế thì quý vị nên liên lạc với nhóm y tế đó để yêu cầu hồ sơ y tế của mình. **CalOptima Health không có bản sao đầy đủ của hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem hoặc nhận một bản sao hồ sơ y tế của mình, xin liên lạc với bác sĩ hoặc phòng khám của quý vị.**
5. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về yêu cầu của mình, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên sử dụng máy TTY có thể gọi số miễn phí **711**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.
6. Quý vị có thể nhận hồ sơ tại văn phòng CalOptima Health hoặc hồ sơ sẽ được gửi qua email, thư bảo đảm qua đường bưu điện Hoa Kỳ. Yêu cầu gửi hồ sơ qua fax phải được CalOptima Health chấp thuận. Hồ sơ gửi qua email (thư điện tử) sẽ được gửi bảo đảm (được mã hóa) đến địa chỉ email được cung cấp. Tuy nhiên, CalOptima Health không chịu trách nhiệm cho việc thất lạc Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín trong các tài khoản email của cá nhân.

Tên của Thành viên: _____ Ngày sinh: _____

(tháng/ngày/năm)

Số điện thoại: _____ Số CIN CalOptima Health: _____

Các loại hồ sơ được liệt kê dưới đây là một phần của DRS mà CalOptima Health lưu giữ. Xin chọn loại hồ sơ quý vị muốn xem hoặc nhận cũng như giới hạn về ngày.

Giấy Chấp thuận

- ☐ (Các) Yêu Cầu Chấp Thuận Y Khoa
- ☐ (Các) Giấy Chấp Thuận Trước (Prior Authorization, PA) cho Nhà Thuốc
- ☐ (Các) Thông Báo Giải Quyết

(Các) Hồ Sơ Sức Khỏe Hành Vi

- ☐ (Các) Giấy Cho Phép/Từ Chối Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi
- ☐ Các Ghi Chú về Điều Phối Y Tế

Điều Phối Y Tế

- ☐ (Các) Ghi Chú về Điều Phối Y Tế
- ☐ (Các) Kế Hoạch Chăm Sóc Điều Phối Y Tế
- ☐ (Các) Bản Thăm Định Điều Phối Y Tế

Hóa Đơn Thanh Toán/Hóa Đơn

- ☐ (Các) Hồ Sơ Hóa Đơn Thanh Toán Y Tế
- ☐ (Các) Hồ Sơ Hóa Đơn Thanh Toán của Nhà Thuốc

Văn Phòng Dịch Vụ

- ☐ Nhật Ký Cuộc Gọi của Thành Viên

Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện

- ☐ (Các) Hồ Sơ về Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện
- ☐ Tự Động Chỉ Định và Thay Đổi Nhóm Y Tế
- ☐ (Các) Mẫu Đơn Ghi Danh (Không áp dụng cho Thành viên Medi-Cal)

Than Phiền và Khiếu Nại (Grievances and Appeals, GARS)

- ☐ (Các) Hồ Sơ về Trường Hợp Than Phiền
- ☐ (Các) Hồ Sơ về Trường Hợp Khiếu Nại

Hướng Dẫn Chăm Sóc Sức Khỏe và Kiểm Soát Bệnh

- ☐ (Các) Kế Hoạch Chăm Sóc
- ☐ (Các) Bản Thăm Định
- ☐ Các Ghi Chú Hướng Dẫn Chăm Sóc Sức Khỏe và Kiểm Soát Bệnh

Các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS)

- ☐ (Các) Bản Thăm Định
- ☐ (Các) Giấy Chấp Thuận
- ☐ Ghi Chú về Điều Phối Y Tế

Chương Trình Dịch Vụ Đa Dạng Dành Cho Người Cao Niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- ☐ (Các) Bản Thăm Định
- ☐ (Các) Kế Hoạch Chăm Sóc
- ☐ (Các) Giấy Giới Thiệu
- ☐ Hồ Sơ Bệnh Án
- ☐ Mẫu Đơn Ghi Danh

(Các) Buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang

- ☐ (Các) Hồ Sơ Buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Tôi đang yêu cầu bản sao của hồ sơ cho những ngày nhận dịch vụ sau:

_____ đến _____
(tháng/ngày/năm) (tháng/ngày/năm)

Các yêu cầu được nộp mà không ghi rõ khoảng thời gian sẽ được xem như là chưa hoàn tất.



Phương thức giao hồ sơ được yêu cầu (xin chọn một):

☐ “Trực tiếp” nhận tại CalOptima Health (cần phải có giấy tờ nhận diện khi đến nhận)

☐ Mail _____
Đường/Số phòng _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã số vùng _____

☐ Số fax (Sau khi được chấp thuận: _____) ☐ Email: _____

Yêu cầu phải có thông tin nhận diện (xin chọn một):

☐ Đính kèm bản sao giấy tờ nhận diện (thí dụ như bằng lái xe hợp lệ, giấy khai sinh, thẻ ID phúc lợi)

☐ Nếu không đính kèm giấy tờ nhận diện thì chữ ký của quý vị phải được công chứng.

Người Công Chứng: : _____

Số Công Chứng: _____

Ngày: _____

Không Chính Thức Trừ Khi được Công Chứng
Viên Đóng Dấu

Phần Chữ Ký:

(Tôi hiểu rằng để tiến hành yêu cầu của mình, cần phải đính kèm bản sao giấy tờ nhận diện hợp lệ do chính phủ cấp, một bản sao tài liệu của cơ quan pháp lý, hoặc chữ ký được công chứng với mẫu đơn yêu cầu của tôi.)

Khi ký tên dưới đây, tôi tuyên bố rằng tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu ý nghĩa mẫu đơn.

Chữ Ký của Thành Viên/Người Đại Diện Cá Nhân

Ngày

Chữ ký của Cha mẹ/Người Giám hộ: _____ Ngày: _____

Tên viết In hoa của Cha mẹ/Người Giám hộ: _____ Mối quan hệ: _____

CalOptima Health có quyền yêu cầu các tài liệu pháp lý (thí dụ như giấy khai sinh, lệnh của tòa án, v.v....) từ cha mẹ/người giám hộ ký tên thay cho thành viên là người phụ thuộc.

Người Đại Diện Cho Cá Nhân — Xin đính kèm tài liệu để xác minh rằng quý vị là người giám hộ, người thi hành di chúc của người quá cố, hoặc có thẩm quyền để đưa ra quyết định về y tế cho cá nhân đó.

Xin nộp mẫu đơn yêu cầu đã hoàn tất và có chữ ký cùng với bản sao ID đến CalOptima Health, bằng cách đến trực tiếp hoặc qua đường bưu điện hoặc bằng fax.

Attn: Office of Compliance (Privacy)

CalOptima Health

505 City Parkway West • Orange, CA 92868

Số Fax: 1-714-481-6457