



درخواست عضو برای اصلاح اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

تاریخ درخواست: _____
نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____
شماره شناسه CIN عضو: _____ شماره تلفن: _____

لطفاً به ما بگویید که می‌خواهید CalOptima Health چه سوابق یا اطلاعات بهداشتی محافظت شده ای (PHI) را تغییر دهد:

لطفاً به ما بگویید که دلیل این تغییر چیست. شما باید دلیل را مطرح نمایید: _____

اتوجه:

اگر تغییرات طبق درخواست شما انجام شده باشد، CalOptima Health باید ظرف 60 روز تقویمی به شما اطلاع دهد یا شما را مطلع نماید که برای تصمیم‌گیری به زمان بیشتری (تا 30 روز تقویمی بیشتر) نیاز است. لطفاً به ما بگویید که نامه را به آدرسی برای شما ارسال کنیم:

آدرس: _____ واحد: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

اگر CalOptima Health تصمیم بگیرد سوابق را همانطور که شما درخواست کرده اید تغییر دهد، این تغییر برای هر شخصی که اطلاعات را قبل از تغییر دریافت کرده است ارسال می‌شود. لطفاً به ما اطلاع دهید که آیا افرادی وجود دارند که به اطلاعات تغییر یافته نیاز داشته باشند.

☐ نه

☐ بله لطفاً نام و آدرس افراد را ذکر کنید:

ما همچنین تغییر را برای افراد دیگری که می‌دانیم قبل از تغییر اطلاعات را دریافت کرده‌اند، در صورتی که به این اطلاعات تکیه کرده‌اند، یا ممکن است در آینده به آن تکیه کنند، ارسال خواهیم کرد. آیا با این موضوع موافق هستید؟

☐ نه ☐ بله

محدودیت ها

CalOptima Health نیازی به تغییر سابقه شما ندارد اگر:

- CalOptima Health اطلاعات را ایجاد نکرده است.
- اطلاعات مندرج در پرونده دقیق و کامل است.
- شما حق قانونی دسترسی به اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) که می خواهید تغییر دهید را ندارید.
- اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) که می خواهید تغییر دهید بخشی از اطلاعات نگهداری شده توسط CalOptima Health (مجموعه سوابق تعیین شده اعضا) نیست؛ این اطلاعات شامل اطلاعات ثبت نام، سوابق صورت حساب و سوابق حاوی اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما (PHI) است که توسط ما برای تصمیم گیری درباره شما استفاده می شود.

حقوق شما

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً به کپی اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی CalOptima Health خود مراجعه کنید. یک نسخه را می توانید در وبسایت ما بیابید: www.caloptima.org، یا از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health با تماس با شماره **1-714-246-8500** یا شماره رایگان **1-888-587-8088**، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر. اعضای دارای اختلالات شنوایی یا گفتاری می توانند با TDD/TTY شماره **711** ما تماس بگیرند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

اگر فکر می کنید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می توانید با شماره تلفن **1-714-246-8500** به CalOptima Health شکایت کنید.

در صورتی که تصمیم به تسلیم شکایت نموده یا می خواهید از هر یک از حقوق حریم خصوصی مندرج در این اطلاعیه استفاده نمایید، CalOptima Health نمی تواند مزایای مراقبت درمانی شما را پس گرفته یا کاری در جهت آسیب رساندن به شما به هر شکلی انجام دهد.

امضا

امضای عضو:

اگر نماینده مجاز عضو هستید (لطفاً اسناد قانونی را ضمیمه کنید):

نام خود را درج نمایید: _____ نسبت به عضو: _____

ارسال به CalOptima Health

این فرم تکمیل شده را به آدرس زیر ارسال نمایید:

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