



نموذج طلب تقييد كيفية/ طريقة التواصالت السرية

تارikh الطلب: _____

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

الـ CIN الخاص بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

يحق لك طلب الحصول على تواصالت سرية للمعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) بطرق أخرى أو إلى عنوان مختلف. على سبيل المثال، ربما لا تريد أن يتم إرسال سجلاتك الصحية أو معلومات عضويتك إلى منزلك حيث يمكن أن يراها أحد أفراد الأسرة.

سوف نوافق على هذه الطلبات عندما يكون هناك خطورة ضرر شخصي لك بسبب إرسال المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) من CalOptima Health.

أنا أطلب لا تقوم CalOptima Health بإرسال أية مراسلات بخصوص المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي إلى العنوان أو رقم الهاتف المسجل في معلومات التسجيل بسبب الخطر الذي يهددني.

إن العنوان الآخر أو الوسيلة الأخرى للوصول إلى (يجب عليك أن توفر عنوان بديل لكي تلتزم CalOptima Health بطلبك بخصوص التواصل السري):

العنوان: _____ رقم الشقة: _____

المدينة: _____ الرمز البريدي: _____ الولاية: _____

حقوقك:

لمعرفة المزيد عن حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الرجوع إلى إشعار CalOptima Health لممارسات الخصوصية. يمكن العثور على نسخة على موقعنا الإلكتروني: www.caloptima.org, أو من قسم خدمة الأعضاء لدى CalOptima Health من خلال الاتصال بالرقم 1-714-246-8500 أو بالرقم 1-888-587-8088 مجاناً، من الإثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 5:30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين يعانون من إعاقات في السمع أو النطق الاتصال بـ TTY على الرقم 711. لدينا موظفون يمكنهم التحدث بلغتك.

إذا كنت تعتقد بأن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم اخترافها، فيمكنك تقديم شكوى إلى CalOptima Health أو إلى سكرتير Department of Health and Human Services (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية). لتقديم شكوى إلى CalOptima Health، اتصل بقسم خدمة عملاء CalOptima Health على الرقم 1 714 246 8500 أو قم بالكتابة إلى:

ATTN Customer Service Department

CalOptima Health
City Parkway West 505
Orange CA 92868

لا يمكن أن تحرمك CalOptima Health من مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو أن تفعل أي شيء لإلحاق الضرر بك بأي حال من الأحوال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية الواردة في هذا الإشعار.



التوقيع:

توقيع العضو: _____

إذا كنت الممثل المفوض (يرجى إرفاق الوثائق القانونية): _____

الصلة بالعضو: _____ الاسم كتابة: _____