



ЗАПРОС О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ОТЧЕТА О РАСКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ

Дата запроса: _____

Имя участника: _____ Дата рождения: _____

Номер CIN участника: _____ Номер телефона: _____

Я хотел(-а) бы получить отчет о раскрытии CalOptima Health моей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) в соответствии с требованиями законодательства. Я понимаю, что план CalOptima Health не обязан сообщать мне о следующих типах раскрытия информации:

1. Раскрытие информации в целях лечения, оплаты и оказания медицинской помощи..
2. Раскрытие информации мне или уполномоченному мной другому лицу (лицам).
3. Раскрытие информации лицам, принимающим участие в моем лечении.
4. Раскрытие информации до 14 апреля 2003 года.

Я также понимаю, что мое право на получение отчета о некоторых или всех фактах раскрытия информации в отдельных случаях может быть приостановлено.

Я понимаю, что CalOptima Health должен предоставить мне отчет о раскрытии информации в течение 60 дней с момента моего запроса или уведомить меня о том, что для его подготовки потребуются дополнительные 30 (или менее) дней.

Я понимаю, что я имею право получать 1 отчет о раскрытии информации каждые 12 месяцев бесплатно. Если я запрашиваю более 1 отчета в течение 12 месяцев, с меня может взиматься плата.

Обращаем ваше внимание, что это не запрос на доступ к защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). Эта форма не позволяет вам получить такие записи, как страховые требования в отношении медицинских услуг или услуг аптеки. Если вам нужны такие записи, заполните индивидуальный запрос на доступ к защищенной медицинской информации в отдельной группе записей.

Чтобы получить дополнительную информацию о ваших правах на защиту конфиденциальных данных, зайдите на наш веб-сайт www.caloptima.org или позвоните в отдел обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-888-587-8088** (звонок бесплатный). Участники с нарушениями слуха или речи могут обращаться на нашу линию ТТУ по номеру **711**. У нас есть сотрудники, говорящие на вашем языке.

Я хотел(-а) бы получить отчет о раскрытии информации за следующий период времени:

с: _____ до: _____

Примечание. Период времени не может составлять более 6 (шести) лет и не может включать даты до 14 апреля 2003 года.

Желаемый способ доставки (выберите один вариант):

- ☐ «Личное» получение в офисе CalOptima Health (при получении необходимо предъявить удостоверение личности)
- ☐ По почте

Адрес/Квартира

Город

Штат

Почтовый индекс

☐ Электронно, на защищенный адрес электронной почты: _____
Адрес электронной почты

Подпись участника: _____ **Дата:** _____

Если вы личный представитель участника, заполните следующий раздел и предоставьте необходимую документацию:

Имя печатными буквами: _____

Кем приходитесь участнику: _____