



限制行爲/保密通訊方式的申請表格

申請日期: _____

會員姓名: _____ 出生日期: _____

會員CIN號碼: _____ 電話號碼: _____

您可以要求透過其他方式或將受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的保密通訊發送到其他地址。例如,您可能不希望您的健康紀錄或會員資訊被發送到您的家中,以免被家人看到。

如果 CalOptima Health 發送的受保護健康資訊 (PHI) 可能對您造成人身傷害,我們會同意這些要求。

- 我要求 CalOptima Health 不要將任何與我的受保護健康資訊 (PHI) 相關的通訊發送至註冊資訊中記錄的地址或電話號碼,因為這會對我自己造成危險。**

聯絡我的其他地址或方式是(您必須提供其他地址,以便 CalOptima Health 滿足您的保密通訊要求):

地址: _____ 公寓單位:#: _____

城市: _____ 州: _____ 郵政編碼: _____

您的權利:

要了解更多有關您的隱私權信息,請參閱您的 CalOptima Health 隱私慣例通知副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org,或致電 CalOptima Health 客戶服務部取得副本,電話是 **1-714-246-8500** 或免費電話**1-888-587-8088**,服務時間為週一至週五,上午8點至下午5點30分。有聽力或言語障礙的會員可以撥打我們的 TTY 專線 **711**。我們有工作人員會說您的語言。

若您認為您的隱私權受到侵犯,您可向 CalOptima Health 或 Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部)部長提出投訴。若要向 CalOptima Health 提出投訴,請聯絡 CalOptima Health 客戶服務部,電話:**1-714-246-8500**,或寫信至:

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



如果您選擇提出投訴或使用本通知中的任何隱私權,CalOptima Health 不得剝奪您的醫療保健福利或以任何方式傷害您。

簽名:

會員簽名: _____

若為授權代表(請附上法律文件):

正楷填寫姓名: _____ 與會員的關係: _____