



보호된 건강 정보(PHI) 수정을 위한 회원 요청

요청 날짜: _____

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN 번호: _____ 전화번호: _____

CalOptima Health에서 변경하기를 원하는 귀하의 보호 건강 정보(PHI) 또는 기록이 무엇인지 알려주십시오:

변경 사유를 알려주십시오. 이유를 반드시 기재해야 합니다:

알림:

CalOptima Health는 귀하의 요청에 따라 변경이 이루어진 경우 60일 이내에 귀하에게 통지 하거나 변경 사항을 결정하는 데 추가 시간(최대 추가 30일)이 필요하다고 알려야 합니다. 서신을 받을 곳을 알려주십시오:

주소: _____ 아파트: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

CalOptima Health에서 귀하의 요청에 따라 기록을 변경하기로 결정할 경우, 변경 전 정보를 받으신 모든 분께 변경 사항이 전달됩니다. 변경된 정보가 필요한 분이 계시면 저희에게 알려주시기 바랍니다.

☐ 아니요

☐ 해당 인물의 이름과 주소를 기재해 주십시오:

저희는 변경되기 전에 해당 정보를 받았거나 향후 해당 정보를 이용할 가능성이 있는 저희가 아는 다른 사람에게도 변경 사항을 발송해 드립니다. 이것에 동의하십니까?

☐ 아니요 ☐ 예



제한 사항:

CalOptima Health는 다음과 같은 경우 귀하의 기록을 변경할 필요가 없습니다:

- CalOptima Health에서 해당 정보를 생성하지 않은 경우.
- 기록에 있는 정보가 정확하고 완전한 경우.
- 귀하에게 변경하려는 보호 건강 정보(PHI)에 접근할 법적 권리가 없는 경우.
- 변경하려는 보호 건강 정보(PHI)가 CalOptima Health에서 보관하는 정보에 속하지 않는 경우(회원 지정 기록 세트, 여기에는 가입 정보, 청구 기록, 그리고 저희가 귀하에 대한 의사 결정에 사용하는 보호 건강 정보(PHI)가 포함된 기록이 포함됩니다).

귀하의 권리:

개인정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health 개인정보 보호 관행 사본을 참조하십시오. 저희 웹사이트: www.caloptima.org 에서 사본을 확인하거나 CalOptima Health 고객 서비스 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분 사이 연락하여 문의 가능합니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 회원은 TDD/TTY **711**번으로 전화하실 수 있습니다. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.

개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각하시면 번호 **1-714-246-8500** 번으로 전화하여 CalOptima Health에 불만을 제기하실 수 있습니다.

CalOptima Health는 귀하가 불만을 제기하거나 개인정보 보호 권리를 행사하더라도 귀하의 의료 혜택을 박탈하거나 어떤 방식으로든 귀하에게 피해를 줄 수 없습니다.

서명:

회원 서명: _____

공인 대리인의 경우(법적 문서를 포함하세요):

인쇄체 이름: _____ 회원과의 관계: _____

CalOptima Health에 제출:

작성된 양식을 다음 주소로 보내주십시오:

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