



نموذج إنتهاء التقييد

الاسم العضو: _____ التاريخ: _____

الـ CIN الخاص بالعضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

طلب العضو المذكور أعلاه تقييد الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية محمية
.(Protected Health Information, PHI)
_____.
mm/dd/yyyy

العضو يطلب إنتهاء التقييد.

توقيع العضو: _____
إذا كان ممثلاً مفوضاً (يرجى تضمين الوثائق القانونية): _____
الصلة بالعضو: _____ الاسم كتابةً: _____

العضو يوافق على إنتهاء التقييد.

توقيع العضو: _____
إذا كان ممثلاً مفوضاً (يرجى تضمين الوثائق القانونية): _____
الصلة بالعضو: _____ الاسم كتابةً: _____

تخبرك CalOptima Health بأن الاتفاقية قد تم إنهاؤها.

يصبح إنتهاء ساري المفعول فقط فيما يتعلق بالمعلومات الصحية محمية (Protected Health Information, PHI) التي
أنشأناها أو تلقيناهها بعد استلامك لهذا الإشعار.

وافق العضو شفويًا على إنهاء.

الاسم كتابةً وتوقيع ممثل CalOptima Health الذي تلقى الاتفاقية الشفوية:

توقيع العضو

اسم العضو كتابةً



لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار CalOptima Health لممارسات الخصوصية. يمكنك الاطلاع على نسخة على موقعنا الإلكتروني: www.caloptima.org، أو من قسم خدمة العملاء في CalOptima Health بالاتصال على الرقم **1-714-246-8500** أو الرقم المجاني **1-888-587-8088**، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 5:30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين يعانون من عجز في السمع أو النطق الاتصال بخط TDD/TTY الخاص بنا على الرقم **711**. لدينا طاقم عمل يتحدث لغتك.

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى إلى CalOptima Health أو إلى سكرتير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

لتقدم شكوى إلى CalOptima Health، اتصل بقسم خدمة العملاء في CalOptima Health على الرقم **1-714-246-8500** أو اكتب إلى:

ATTN: Customer Service Department

CalOptima Health

505 City Parkway West

Orange CA 92868

لا يمكن لـ CalOptima Health سحب مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو القيام بأي شيء يؤذيك بأي شكل من الأشكال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية الواردة في هذا الإشعار.

مع خالص التقدير،

مسؤول الخصوصية