



ЗАПРОС УЧАСТНИКА О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Дата запроса: _____

Имя участника: _____ Дата рождения: _____

Номер CIN участника: _____ Номер телефона: _____

Сообщите нам, в какую защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) или запись вы хотели бы внести изменения:

Объясните, почему вы хотели бы внести изменение. Укажите причину:

УВЕДОМЛЕНИЕ:

План CalOptima Health обязан уведомить вас в течение 60 календарных дней, если изменения были внесены в соответствии с вашим запросом или сообщить, что для принятия решения требуется дополнительное время (до 30 календарных дней дополнительно). Укажите адрес, на который мы можем отправить вам письмо:

Адрес: _____ Кв.: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Если CalOptima Health примет решение о внесении изменения в запись по вашему запросу, это изменение будет отправлено любому лицу, получившему соответствующую информацию до ее изменения. Укажите, нужно ли отправить кому-либо измененную информацию.

☐ Нет

☐ Да. Укажите имена и адреса этих лиц:

Мы также отправим изменения другим лицам, которые, по нашим данным, получили информацию до ее изменения, если она им необходима или может потребоваться в будущем. Вы согласны с этим?

☐ Нет ☐ Да

ОГРАНИЧЕНИЯ

CalOptima Health не обязана вносить изменения в ваши записи в следующих случаях:

- Если план CalOptima Health не создавал данную информацию.
- Если информация в записи является точной и полной.
- Если у вас нет законного права на доступ к защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), которую вы хотите изменить.
- Если защищенная медицинская информация (Protected Health Information, PHI), которую вы хотите изменить, не является частью информации, хранящейся в CalOptima Health (набор записей, указанных участником; сюда входит информация о регистрации в плане, записи о выставленных счетах и записи, содержащие вашу защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI), которые используются нами для принятия решений в отношении вас).

ВАШИ ПРАВА

Более подробная информация о ваших правах на защиту конфиденциальных данных приведена в имеющемся у вас экземпляре Уведомления о политике конфиденциальности CalOptima Health. Это Уведомление также можно найти на нашем сайте: www.caloptima.org, запросить в отделе обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-714-246-8500** или по номеру для бесплатных звонков **1-888-587-8088**, с понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5:30 p.m. Участники с нарушениями слуха или речи могут обращаться на линию **TDD/TTY** по номеру **711**. У нас есть сотрудники, говорящие на вашем языке.

Если вы считаете, что ваши права на защиту конфиденциальности были нарушены, вы можете подать жалобу в CalOptima Health. Для этого вам нужно позвонить по телефону **1-714-246-8500**.

CalOptima Health не может лишить вас льгот по медицинскому обслуживанию или причинить вам какой-либо вред, если вы решите подать жалобу или воспользоваться любыми правами на защиту конфиденциальности.

ПОДПИСЬ

Подпись участника: _____

Для уполномоченного представителя (приложить соответствующую документацию):

Имя печатными буквами: _____ Кем приходится участнику: _____

ОТПРАВКА В CALOPTIMA HEALTH

Отправьте заполненную форму по адресу:

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