



بيان خلاف طلب تضمين طلب التعديل والرفض مع الإفصاحات المستقبلية

تارikh الطلب: _____

اسم العضو: _____

الـ CIN الخاص بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

أدرك أن CalOptima Health رفضت طلبي بتغيير المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي. طلبي كان بتاريخ: _____.

اختر مربعاً واحداً (1) فقط مما يلي:

أدرك أن CalOptima Health قد تقوم بإعداد نقض على بيان الخلاف الخاص بي. "النقض" هو بيان يوضح سبب اعتقاد CalOptima Health بأن بيان الخلاف الخاص بي غير مقبول. إذا قامت CalOptima Health بإعداد نقض مكتوب، فسوف أتلقي نسخة منه.

أريد تقديم "بيان الخلاف" هذا.

أنا لا أتفق مع الرفض بسبب: _____

لا أرغب في تقديم "بيان الخلاف"، ولكنني أرغب في أن تقوم CalOptima Health بتضمين طلب التغيير والرفض مع جميع الإفصاحات المستقبلية للمعلومات التي لها علاقة بطلب التغيير الخاص بي.

حقوقك:

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 الـ 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. لتقديم شكوى إلى CalOptima Health، اتصل بقسم خدمة العملاء في CalOptima Health على الرقم **1-714-246-8500**. لا يمكن لـ CalOptima Health سحب مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو القيام بأي شيء يؤذيك بأي شكل إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية الواردة في هذا الإشعار.

التوقيع

توقيع العضو: _____

إذا كان ممثلاً مفوضاً (يرجى تضمين الوثائق القانونية): _____

العلاقة بالعضو: _____ الاسم كتابةً: _____