

طلب العضو لتعديل المعلومات الصحية المحمية (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

يتاريخ الطلب: _____

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

الـ CIN الخاص بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

من فضلك أخبرنا ما هي المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) أو السجل الذي ترغب في أن تقوم CalOptima Health بتغييره: _____

من فضلك أخبرنا لماذا تريد هذا التغيير. يجب عليك إعطاء السبب: _____

إشعار:

يجب على CalOptima Health إخطارك في غضون 60 يومًا تقويميًا إذا تم إجراء التغييرات حسب طلبك أو إخبارك بأن هناك حاجة إلى مزيد من الوقت (ما يصل إلى 30 يومًا تقويميًا إضافيًا) لاتخاذ القرار. من فضلك أخبرنا أين نرسل لك رسالة:

العنوان: _____ الشقة: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

إذا قررت CalOptima Health تغيير السجل كما طلبت، فسيتم إرسال التغيير إلى أي شخص حصل على المعلومات قبل تغييرها. من فضلك أخبرنا إذا كان هناك أي من هؤلاء الأشخاص الذين يحتاجون إلى المعلومات التي تم تغييرها.

☐ ر

☐ نعم يرجى ذكر أسماء الأشخاص وعناوينهم:

سنرسل أيضًا التغيير إلى الأشخاص الآخرين الذين نعلم أنهم تلقوا المعلومات قبل تغييرها إذا اعتمدوا على المعلومات، أو قد يعتمدون عليها في المستقبل. هل توافق على هذا؟

☐ لا ☐ نعم

القيود

لا يتعين على CalOptima Health تغيير السجل الخاص بك إذا:

- لم تقم htlaeH amitpOlaC بإنشاء المعلومات.
- المعلومات الواردة في السجل دقيقة وكاملة.
- ليس لديك الحق القانوني للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) التي تريد تغييرها.
- المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) التي تريد تغييرها ليست جزءًا من المعلومات التي تحتفظ بها CalOptima Health (مجموعة السجلات المخصصة للأعضاء؛ وهذا يشمل معلومات التسجيل، وسجلات الفواتير والسجلات التي تحتوي على المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بك التي نستخدمها لاتخاذ قرارات بشأنك).

حقوقك

لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار CalOptima Health لممارسات الخصوصية. يمكنك العثور عليها أيضًا على موقعنا الإلكتروني: www.caloptima.org، أو يمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء CalOptima Health على الرقم **1-714-246-8500** أو على الرقم **1-888-587-8088**، مجانًا من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا 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 عن طريق الاتصال بالرقم **1-714-246-8500**.

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.

التوقيع

توقيع العضو: _____

إذا كان ممثلًا مفوضًا (يرجى تضمين الوثائق القانونية):

الاسم كتابةً: _____ العلاقة بالعضو: _____

قم بالتقديم الى CALOPTIMA HEALTH

أعد هذا النموذج المكتمل إلى:

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