



異議聲明 請求未來資料披露中附上修改申請及被拒絕的內容

申請日期：_____

會員姓名：_____ 出生日期：_____

會員CIN號碼：_____ 電話號碼：_____

本人明白CalOptima Health 拒絕了本人修改受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的申請。我申請日期是：_____。

僅選擇下列一 (1) 個方框：

本人明白CalOptima Health可能會針對我的異議聲明準備辯駁。“辯駁”即一項聲明，說明CalOptima Health 認為本人異議聲明不被接受之原因。若CalOptima Health 準備了書面辯駁，我將收到其副本。

☐ 交此“異議聲明”。

本人不同意被拒絕，理由如下：_____

☐ 本人不願提交“異議聲明”，但我想CalOptima Health在所有與本人修改申請相關的未來資料披露中，附上本人之修改申請及其被拒絕之紀錄。

您的權利：

要瞭解更多有關您的隱私權之信息，請參閱您的 CalOptima Health 隱私慣例通知副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org，或致電CalOptima Health 客戶服務部取得副本，電話是 **1-714-246-8500** 或免費電話**1-888-587-8088**，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點30分。有聽力或言語障礙的會員可以撥打我們的 TDD/TTY 熱線 **711**。我們有工作人員會說您的語言。

若您認為您的隱私權受到侵犯，您可向CalOptima Health 或Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部)部長提出投訴。若要向 CalOptima Health 提出投訴，請聯絡 CalOptima Health 客戶服務部，電話：**1-714-246-8500**。即使您選擇作出投訴或行使任何隱私權，CalOptima Health 將不會以任何形式取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的本通知中利益。



簽名：

會員簽名： _____

若為授權代表(請附上法律文件)：

正楷填寫姓名： _____ 與會員的關係： _____