



반대 의견 진술서 수정 첨부 요청 및 향후 공개에 대한 거부 포함 요청

요청 날짜: _____

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN 번호: _____ 전화번호: _____

CalOptima Health가 제 보호 건강 정보(PHI, Protected Health Information) 변경 요청을 거부했음을 이해합니다. 제 요청 날짜는 다음과 같습니다: _____.

다음 중 하나(1) 만 선택하십시오:

CalOptima Health가 저의 의견 불일치 진술서(Statement of Disagreement)에 대한 반박문을 작성할 수 있음을 이해합니다. “반박문”이란 CalOptima Health가 본인의 의견 불일치 진술서가 받아들일 수 없는지에 대한 이유를 설명하는 진술문입니다. CalOptima Health가 서면 반박문을 작성하는 경우, 본인은 사본을 받게 됩니다.

본인은 이 “의견 불일치 진술서”를 제출하길 원합니다.

본인은 다음과 같은 이유로 거부에 동의하지 않습니다: _____

본인은 “의견 불일치 진술서”를 제출하고 싶지 않지만, CalOptima Health가 본인의 변경 요청 및 거부 사실을 향후 변경 요청과 관련된 모든 정보 공개에 포함시켜 주기를 바랍니다.

귀하의 권리:

개인정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health 개인정보 보호 관행 사본을 참조하십시오. 웹사이트 www.caloptima.org에서 사본을 확인하실 수 있으며, CalOptima Health 고객 서비스 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** 로도 문의하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 연락하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있는 회원은 TDD/TTY **711**번으로 전화하실 수 있습니다. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.

개인정보 보호권이 침해되었다고 생각되시면 CalOptima Health 또는 Department of Health and Human Services (보건복지부) 장관에게 불만을 제기하실 수 있습니다. CalOptima Health에 불만을 제기하시려면 CalOptima Health 고객 서비스 부서 번호 **1-714-246-8500** 으로 연락하십시오. 회원이 불만 사항을 제기하거나 이 공지서에 있는 개인정보 보호 권리를 사용하기로 선택한 경우 CalOptima Health는 회원의 건강 관리 혜택을 박탈하거나 어떠한 방법으로든 회원에게 피해를 주는 조치를 취할 수 없습니다.



서명:

회원 서명: _____

공인 대리인의 경우(법적 문서를 포함하세요):

인쇄체 이름: _____ 회원과의 관계: _____