



會計資訊披露申請表格

申請日期: _____

會員姓名: _____ 出生日期: _____

會員CIN號碼: _____ 電話號碼: _____

我想根據法律要求,向CalOptima Health 要一份有關披露我的受保護健康資訊 (PHI) 的報告。我明白 CalOptima Health 不必告訴我以下類型的披資訊露:

1. 用於治療、付款和醫療服務運作目的之資訊披露。
2. 向本人披露或向經本人授權的向他人之資訊披露。
3. 向參與我護理的人員之資訊披露。
4. 2003年4月14日之前做出的資訊披露。

我還明白,在某些情況下,我獲得某些或所有披露報告的權利可能會暫停。

我明白 CalOptima Health 必須在我提出請求後的 60 日內向我提供披露報告,或者通知我需要額外 30 日(或更少)時間來準備。

我明白,每12個月我可獲得1次免費資訊披露報告。如果我在同一個 12 個月內要求超過 1 份報告,可能會被收取費用。

請注意,這不是取得受保護健康資訊 (PHI) 的申請。使用此表格,您不會獲得醫療理賠或藥房理賠等紀錄。如果您想查看這些類型的紀錄,請填寫 “個人申請查閱指定病歷紀錄 (DRS) 中之受保護健康資訊 (PHI)”表格。

欲瞭解更多有關您的隱私權的資訊,請瀏覽我們的網站 www.caloptima.org或撥打CalOptima客戶服務部免付費電話**1-888-587-8088**。有聽力或語言障礙的會員可致電我們的 TTY 熱線 **711**。我們有工作人員會說您的語言。



涵蓋以下時間範圍的資訊披露紀錄：

自: _____ 至: _____

注意:時間段不能超過六 (6) 年,並且不包括 2003 年 4 月 14 日之前的日期。

請求的交付方法 (選擇一個):

“親自”到 CalOptima Health 取件 (取件時需出示身份證明)

郵寄:

| | | | |
|--|----|---|------|
| 街道/單位 | 城市 | 州 | 郵政編碼 |
| <input type="checkbox"/> 電子方式, 透過安全電子郵件送遞: _____ | | | |
| 電子郵件地址 | | | |

會員簽名: _____ **日期:** _____

如果是個人代表,請填寫以下部分並提供文件:

正楷填寫姓名: _____ **與會員的關係:** _____