



## 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露資訊：

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](http://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
-------	----	---	------

☐ 電子方式，透過安全電子郵件送遞： \_\_\_\_\_

電子郵箱地址

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：\_\_\_\_\_