

## **Yêu Cầu Sửa Đổi Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI) của Thành Viên**

Ngày Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

Tên Thành Viên: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Số CIN của Thành Viên: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Xin cho chúng tôi biết Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) hoặc hồ sơ nào quý vị muốn CalOptima thay đổi:

---

---

---

Xin cho chúng tôi biết vì sao quý vị muốn thực hiện thay đổi này. Quý vị phải cho biết lý do:

---

---

### **THÔNG BÁO:**

CalOptima phải cho quý vị biết trong vòng 60 ngày theo lịch nếu chúng tôi thực hiện các thay đổi theo yêu cầu của quý vị, hoặc cho quý vị biết rằng chúng tôi cần thêm thời gian (tối đa là 30 ngày theo lịch) để quyết định. Xin cho chúng tôi biết nên gửi thư đến địa chỉ nào:

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Số căn hộ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_ Mã số vùng: \_\_\_\_\_

Nếu CalOptima quyết định thay đổi hồ sơ theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi những thay đổi cho bất kỳ người nào đã nhận được thông tin trước khi thông tin được thay đổi. Xin cho chúng tôi biết nếu có bất kỳ người nào cần thông tin đã được thay đổi này.

Không

Có Xin liệt kê tên và địa chỉ của những người này:

---

---

---

Chúng tôi cũng sẽ gửi những thay đổi cho những người khác mà chúng tôi biết là họ đã nhận thông tin này trước khi thông tin được thay đổi nếu họ đã sử dụng, hoặc có thể sử dụng thông tin trong tương lai. Quý vị có đồng ý không?

Không

Có

*Xin tiếp tục ở trang 2*

## NHỮNG GIỚI HẠN:

CalOptima không phải thay đổi hồ sơ của quý vị nếu:

- CalOptima đã không tạo ra những thông tin đó.
- Thông tin trong hồ sơ là chính xác và đầy đủ.
- Quý vị không có quyền pháp lý để tiếp cận Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín mà quý vị muốn thay đổi.
- Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín mà quý vị muốn thay đổi không phải là một phần thông tin được CalOptima lưu giữ (Bộ Hồ Sơ Được Chỉ Định của Thành Viên; bao gồm thông tin ghi danh, hồ sơ thanh toán, và hồ sơ có Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín của quý vị mà chúng tôi sử dụng để đưa ra các quyết định về quý vị.).

## QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ:

Để tìm hiểu thêm về quyền riêng tư của quý vị, vui lòng tham khảo bản sao Thông Báo Quyền Riêng Tư của CalOptima. Quý vị có thể tìm bản sao trên trang mạng của chúng tôi: [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org), hoặc quý vị có thể gọi Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima ở số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên bị khiếm thính hoặc khiếm âm có thể gọi đường dây TDD/TTY của chúng tôi ở số **1-714-246-8523** hoặc số miễn phí **1-800-735-2929**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn than phiền cho CalOptima bằng cách gọi số **1-714-246-8500**.

CalOptima không thể lấy đi các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc không thể làm gì tổn hại đến quý vị theo bất kỳ cách nào nếu quý vị chọn nộp đơn than phiền hoặc sử dụng bất cứ quyền riêng tư nào.

## CHỮ KÝ:

Chữ Ký của Thành Viên: \_\_\_\_\_

Trong trường hợp là Người Đại Diện Được Ủy Quyền (vui lòng đính kèm giấy tờ pháp lý):

Tên Viết In Hoa: \_\_\_\_\_ Mối Quan Hệ với Thành Viên: \_\_\_\_\_

## NỘP ĐƠN CHO CALOPTIMA:

Xin gửi lại mẫu đơn đã hoàn tất đến:

CalOptima Privacy Officer  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868  
Fax: 714-338-3166