

Yêu Cầu Giới Hạn việc Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI)

Ngày Yêu Cầu: _____

Tên Thành Viên: _____

Ngày Sinh: _____

Số CIN Thành Viên: _____

Số Điện Thoại: _____

Tôi hiểu rằng CalOptima có thể sử dụng hoặc tiết lộ (cho biết) Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) của tôi cho các mục đích điều trị, thanh toán, và điều hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe. CalOptima cũng có thể tiết lộ thông tin cho người nào đó có liên quan đến việc chăm sóc hoặc việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của tôi, thí dụ như một thành viên gia đình hoặc bạn bè.

Tôi hiểu rằng CalOptima không cần phải đồng ý với yêu cầu của tôi.

Tôi yêu cầu một sự giới hạn về việc Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI) của CalOptima.

Thông tin tôi muốn được giới hạn là:

Tôi muốn CalOptima giới hạn:

- Sử dụng Thông tin này
 Tiết lộ thông tin này
 Cả hai việc sử dụng và tiết lộ thông tin này

Tôi muốn việc giới hạn áp dụng cho những cá nhân hoặc cơ quan sau đây (Thí dụ: người phối ngẫu): _____

NHỮNG TRƯỜNG HỢP BẮT BUỘC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ:

Ngay cả khi CalOptima đồng ý với việc giới hạn, thông tin vẫn có thể được chia sẻ trong các trường hợp sau:

- Trong trường hợp cấp cứu y tế, nếu thông tin bị giới hạn là cần thiết để cung cấp dịch vụ điều trị cấp cứu. Tuy nhiên, nếu thông tin được tiết lộ trong trường hợp cấp cứu, CalOptima sẽ cho người nhận thông tin biết rằng không được sử dụng hoặc tiết lộ thông tin đó cho bất kỳ mục đích nào khác.
- Cho các hoạt động giám sát của cơ quan y tế.
- Cho việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin mà pháp luật yêu cầu.
- CalOptima nhận được một yêu cầu chấm dứt bằng văn bản.
- Tôi đã nói rằng tôi đồng ý chấm dứt và sự đồng ý bằng lời nói được ghi chép lại.

- CalOptima cho tôi biết rằng CalOptima sẽ chấm dứt thỏa thuận này. Trong trường hợp này, quyết định chấm dứt chỉ có hiệu lực đối với Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín do CalOptima tạo ra hoặc nhận được sau khi tôi đã được thông báo về quyết định chấm dứt.

Xin tiếp tục ở trang 3.

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 tại www.caloptima.org hoặc gọi Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima ở số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088**. Chúng tôi làm việc 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** hoặc gửi thư về:

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

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 của quý vị.

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: _____