



درخواستنامه شخصی برای دسترسی به اطلاعات درمانی خصوصی (PHI) محفوظ در یک پرونده مشخص (DRS)

شما حق درخواست رونوشت اطلاعات درمانی خصوصی (PHI) خود را در یک پرونده مشخص (DRS) دارید. همچنین شما حق دارید کپی این اطلاعات را برای نگهداری در مدارک خود درخواست کنید. ظرف 30 روز از تاریخ دریافت فرم تکمیل شده، پاسخ خود را دریافت خواهید کرد. هر چند اگر اطلاعات درخواست شده در دسترس نباشند، CalOptima ظرف 60 روز از تاریخ دریافت PHI شما را ارسال خواهد کرد. اگر درخواست کنید که کپی اطلاعات را برایتان ارسال کنیم، CalOptima ممکن است برای هر صفحه \$0.10 به علاوه خرج پست را از شما مطالبه کند.

به منظور درخواست رونوشتی از مدارک محرمانه درمانی خود PHI در DRS:

1. لطفاً فرم را بطور خوانا کامل کنید. لطفاً اطلاع داشته باشید که به منظور رسیدگی به درخواست شما، رونوشت کارت شناسایی قانونی عکسدار و امضاء شده باید ضمیمه فرم درخواست باشد.
2. اگر مایل هستید که نماینده شخصی برای دسترسی به اطلاعات PHI خود داشته باشید، باید فرم مجوز انتشار اطلاعات درمانی CalOptima را کامل کنید. درخواست های ارائه شده توسط نماینده شخصی شما مستلزم شناسایی / تایید مدارک وی است.
3. لطفاً مدارکی را که درخواست میکنید از لیست ارائه شده انتخاب نمایید. اگر در مورد مدارکی که لازم دارید مطمئن نیستید، برای دریافت کمک با خدمات مشتریان CalOptima به شماره **1-888-587-8088** تماس بگیرید.
4. لطفاً توجه کنید اگر در هر بخشی از محدوده تاریخ درخواست مدارک، عضو شبکه درمانی (مانند موناک، التامد و یا غیره) بوده اید، باید با آن شبکه درمانی نیز تماس بگیرید. CalOptima هیچگونه دسترسی به کپی کامل مدارک درمانی شما ندارد. اگر به این مدارک نیاز دارید لطفاً با درمانگاه یا مطب پزشک تماس بگیرید.
5. اگر پرسشی در مورد درخواست خود دارید، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima با شماره رایگان **1-888-587-8088** در روزهای دوشنبه تا جمعه طی ساعات 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره رایگان **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت میکنند.
6. شما باید مدارک خود را از دفتر CalOptima دریافت کنید یا ما آن را برایتان ایمیل میکنیم و یا توسط پست سفارشی ارسال میکنیم. در خواست ارسال مدارک با فکس منوط به تصویب توسط CalOptima است. مدارک را بطور رمزگذاری شده و امن به آدرسی که به CalOptima ارائه کرده اید ایمیل میکنیم. با این حال CalOptima هیچگونه مسئولیتی در قبال گم شدن PHI در ایمیل شخصی ندارد.

**درخواستنامه شخصی برای دسترسی به اطلاعات درمانی خصوصی (PHI)
محفوظ در یک پرونده مشخص (DRS)**

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____
(سال/روز/ماه)
شماره تلفن: _____ شماره CalOptima CIN: _____

نوع اطلاعاتی که عموماً جزو پرونده شخصی DRS محفوظ در CalOptima است در زیر آمده است. لطفاً مشخص کنید میخواهید کدام دسته از اطلاعات را و در طی چه تاریخهایی مشاهده یا کپی کنید:

- | | |
|---|--|
| <p>شکایات و تجدید نظر (GARS)</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک پرونده (های) شکایات</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک پرونده (های) تجدید نظر</p> <p>آموزش بهداشتی و مدیریت بیماری</p> <p><input type="checkbox"/> برنامه (های) مراقبتی</p> <p><input type="checkbox"/> ارزیابی (ها)</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشتهای آموزش بهداشتی و مدیریت بیماری</p> <p>خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS)</p> <p><input type="checkbox"/> ارزیابی (ها)</p> <p><input type="checkbox"/> مجوز (ها)</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشتهای مدیریت پرونده</p> <p>برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)</p> <p><input type="checkbox"/> ارزیابی (ها)</p> <p><input type="checkbox"/> برنامه (های) مراقبت</p> <p><input type="checkbox"/> فرم (های) ارجاع</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشتهای پیشرفت</p> <p><input type="checkbox"/> فرم ثبت نام</p> <p>دادرسی (های) ایالتی</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک دادرسی (های) ایالتی</p> | <p>مجوز</p> <p><input type="checkbox"/> درخواست مجوز (های) پزشکی</p> <p><input type="checkbox"/> مجوز (های) از قبل داروها (PA)</p> <p><input type="checkbox"/> اعلامیه (های) اقدام</p> <p>مدارک مربوط به سلامت روان</p> <p><input type="checkbox"/> تاییدیه یا رد درخواستهای سلامت روان</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشتهای مدیریت مراقبت</p> <p>مدیریت مراقبت</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشتهای مدیریت مراقبت</p> <p><input type="checkbox"/> برنامه (های) مدیریت مراقبت</p> <p><input type="checkbox"/> ارزیابی (های) مدیریت مراقبت</p> <p>ادعا/حسابداری</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک ادعا (های) پزشکی</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک ادعا (های) دارویی</p> <p>خدمات مشتریان</p> <p><input type="checkbox"/> لیست تماسهای عضو</p> <p>واجد شرایط شدن</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک واجد شرایط شدن</p> <p><input type="checkbox"/> اختصاص خودکار یا تغییر شبکه درمانی</p> <p><input type="checkbox"/> فرمهای ثبت نام (شامل اعضاء مدیکل نمیشود)</p> |
|---|--|

من درخواست کپی سوابق مربوط به تاریخهای ذکر شده را دارم: _____ تا _____
(سال/روز/ماه) (سال/روز/ماه)
درخواستهایی که تاریخ در آنها ذکر نشده ناکامل تلقی میشوند.

روش دریافت (یکی را انتخاب کنید):
 دریافت "شخصی" از CalOptima (در زمان دریافت مدارک شناسایی الزامی است)



□ پست:

پلاک/ خیابان شهر ایالت کد پستی

□ فکس (در صورتی که تایید شود): _____ □ ایمیل: _____

مدارک شناسایی مورد لزوم (یکی را انتخاب کنید):

□ کپی کارت شناسایی ضمیمه شده (مانند؛ گواهینامه رانندگی، گواهی تولد، کارت مزایا، غیره..)

□ اگر کارت شناسایی ضمیمه نشده، امضاء شما باید تایید محضری شود.

Unofficial Unless Stamped by Notary Public

_____ محضر دار:

_____ شماره پروانه محضر دار:

_____ تاریخ:

بخش امضاء:

(من آگاه هستم که به منظور رسیدگی به این درخواست باید، رونوشت کارت شناسایی قانونی عکسدار (ID)، کپی مجوز قانونی و یا امضاء تایید شده توسط محضر خود را ضمیمه فرم تکمیل شده بنمایم.)

توسط امضاء خود من تایید میکنم که این فرم را کاملاً مطالعه کرده ام و مفهوم آن را متوجه شده ام.

_____ امضاء عضو یا نماینده قانونی

_____ تاریخ

_____ امضاء ولی یا قیم:

_____ تاریخ:

_____ نام ولی یا قیم:

_____ نسبت:

CalOptima بطور قانونی میتواند از ولی/ قیم عضو وابسته درخواست کند که مدارک قانونی خود را ارائه نماید (مانند: گواهی تولد، حکم دادگاه و غیره..).

نماینده شخصی:-- به منظور اثبات اینکه نگهبان یا وصی متوفی میباشد باید مدارک قانونی خود را ارائه نماید. یا باید وکالت در مورد تصمیم گیری پزشکی فرد را داشته باشید

لطفاً این فرم کامل و امضاء شده را به همراه کپی کارت شناسایی شخصاً یا به آدرس زیر ارسال نموده یا به شماره داده شده فکس کنید

CalOptima

Attn: Office of Compliance (Privacy)

505 City Parkway West, Orange, CA 92868

Fax: 1-714-481-6457