

**회원의 보호되는 건강 정보(PHI) 수정 요청**

요청 날짜: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

회원 이름: \_\_\_\_\_

회원 CIN: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

CalOptima 가 변경해 주기 원하는 보호되는 건강 정보(PHI) 또는 기록이 무엇인지 말씀해 주십시오:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

이러한 변경을 원하시는 이유를 말씀해 주십시오. 이유를 제공 하셔야 합니다:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**통지:**

CalOptima 는 귀하께서 요청하신 대로 변경이 이루어 졌는지 혹은 시간이 더 필요한지 (최대한 추가 30 일까지) 60 일내에 귀하께 통지할 의무가 있습니다. 어디로 편지를 보내야 하는지 말씀해 주십시오:

주소: \_\_\_\_\_ 아파트 번호 #: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

CalOptima 가 귀하께서 요청하신 대로 기록을 변경하기로 결정한 경우, 그러한 변경은 이전에 그 정보를 받았던 모든 사람에게 보내질 것입니다. 변경된 정보를 받아야 할 사람이 있다면, 저희에게 말씀해 주십시오.

아니요

네 그러한 사람들의 이름과 주소를 적으십시오:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

저희는 또한, 만약 그들이 그 정보에 의존하거나 혹은 장래에 의존할 수도 있는 경우, 그러한 변경이 이루어지기 전에 그 정보를 받은 것으로 알고 있는 다른 사람들에게도 그 변경 사항을 보낼 것입니다. 이것에 동의하십니까?

아니오

네

## 제한:

CalOptima 는 다음의 경우 귀하의 기록을 변경할 필요가 없습니다:

- CalOptima 가 정보를 만들지 않은 경우.
- 기록에 있는 정보가 정확하고 완전한 경우.
- 귀하께서 변경하기 원하시는 보호되는 건강 정보(PHI)에 접근할 법적 권한이 없는 경우.
- 변경하기 원하시는 보호되는 건강 정보(PHI)가 CalOptima 가 보관하는 정보(회원 지정 기록 세트, 여기에는 등록 정보, 청구 기록 및 귀하에 관한 결정을 하기 위해 저희가 사용하는 귀하의 보호되는 건강 정보(PHI)를 포함하는 기록이 포함됨)의 일무가 아닌 경우.

## 귀하의 권리:

귀하의 개인 정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 개인 정보 보호 관행에 대한 CalOptima 통지서의 사본을 참조하십시오. 또한 저희의 웹사이트: [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) 에서 보시거나 CalOptima 의 고객 서비스부 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화하실 수 있습니다. 청력이나 음성 장애 회원은 저희 TDD/TTY 전화번호 **1-714-246-8523** 또는 무료번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.

만약 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되시면, CalOptima 의 전화번호 **1-714-246-8500** 로 전화하시어 불만을 제출하실 수 있습니다.

불만을 제출하거나 개인 정보 보호 권리를 사용하신다 하더라도, CalOptima 는 귀하의 의료 서비스 혜택을 취소하거나 귀하께 해를 끼치는 일을 할 수 없습니다.

## 서명:

회원 서명: \_\_\_\_\_

승인받은 대리인이라면(해당 문서를 첨부하십시오):

정자체 이름: \_\_\_\_\_ 회원과의 관계: \_\_\_\_\_

## CALOPTIMA 에 제출:

완성된 이 양식을 다음 주소로 보내주십시오:

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