

申請披露信息的統計表

申請日期： _____

會員姓名： _____

生日： _____

會員 CIN： _____

電話號碼： _____

根據法律要求，我想向 CalOptima 要一份有關披露我的受保護健康資訊（PHI）的報告。我明白 CalOptima 不必告訴我以下類型的披露：

1. 用於治療、付款和醫療保健操作的披露。
2. 向本人披露或向經本人授權的他人的披露。
3. 向參與我護理的人員披露資訊。
4. 2003年4月14日之前做出的披露。

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。

我了解 CalOptima 必須在我提出請求後的 60 天內向我提交披露報告，或者通知我需要額外 30 天（或更少）時間來準備。

我明白，每 12 個月我可獲得 1 次免費披露報告。如果我在同一 12 個月內要求超過 1 份報告，可能會被收取費用。

請注意，這不是訪問受保護健康資訊 (PHI) 的請求表。使用此表單，您不會獲得醫療索賠或藥房索賠等記錄。如果您想查看這些類型的記錄，請在 "指定記錄集" 表單中填寫 "個人訪問受保護健康資訊請求"。

欲瞭解更多有關您的隱私權的資訊，請訪問我們的網站 www.caloptima.org 或撥打 CalOptima 客戶服務部免費電話 **1-888-587-8088**。有聽力或言語障礙的會員可致電我們的 TDD/TTY 熱線 **1-800-735-2929**。我們有會講您語言的工作人員。

我希望獲取一份涵蓋以下時間段的披露記錄：

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。

請求交付的方法（選擇一個）：

“個人” 在 CalOptima 辦公室領取（領取時須出示身份證）

郵寄：

地址/單元 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵編 _____

電子，通過安全郵件發送至：_____

會員簽字：_____ 日期：_____

如果是個人代表，請填寫以下部分並提供文件：

姓名正楷：_____ 與會員關係：_____