

## درخواست برای توصیف کامل فرم اشتراک گذاری

تاریخ درخواست: \_\_\_\_\_  
نام عضو: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
شماره عضویت (CIN): \_\_\_\_\_  
شماره تلفن: \_\_\_\_\_

من طبق قانون درخواست دریافت گزارشی مبنی بر نحوه به اشتراک گذاشته شدن اطلاعات پزشکی محرمانه ام (PHI) توسط CalOptima رادارم. من آگاه هستم که در موارد به اشتراک گذاری زیر CalOptima موظف به ارائه گزارش نیست:

1. افشای دلیل درمان، پرداخت هزینه و برنامه ریزی مراقبت درمانی
  2. به اشتراک گذاری اطلاعات با من یا نماینده من
  3. به اشتراک گذاری با افراد دخیل در مراقبت از من.
  4. به اشتراک گذاری های صورت گرفته قبل از تاریخ 14 آوریل، 2003.
- همچنین از اینکه حق من در برخی موارد برای بعضی یا تمام گزارشها ممکن است معلق شوند آگاهی دارم.

من آگاه هستم که CalOptima باید طی 60 روز از درخواست من گزارش به اشتراک گذاری ها را برای من ارسال دارد و یا بطور کتبی به من اطلاع دهد که برای تهیه گزارش به 30 روز بیشتر (یا کمتر) احتیاج دارد.

من میدانم که هر 12 ماه میتوانم 1 گزارش رایگان در مورد به اشتراک گذاری ها دریافت کنم. اگر در طی همان 12 ماه درخواست گزارش دیگری نمایم، امکان دارد که مجبور به پرداخت هزینه شوم.

لطفاً توجه کنید، این یک درخواست دست یابی به اطلاعات پزشکی محرمانه (PHI) نیست. شما با ارائه این فرم اطلاعات مربوط به ادعاهای پزشکی یا داروخانه را دریافت نخواهید کرد. اگر مایل به دریافت اینگونه اطلاعات هستید، لطفاً فرم مربوط به درخواست فردی برای دسترسی به اطلاعات پزشکی محرمانه موجود در مجموعه معین ضبط شده را ارائه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق محرمانگی خود، لطفاً به وبسایت ما [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) مراجعه نمایید یا با بخش خدمات مشتریان CalOptima توسط شماره رایگان 1-888-587-8088 تماس بگیرید. اعضای که دچار اختلالات شنوایی یا گفتاری میباشند میتوانند با خط TDD/TTY به شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت میکنند.

من درخواست دارم که گزارش به اشتراک گذاری برای مدت زمان ذکر شده در زیر دریافت نمایم:

از تاریخ: \_\_\_\_\_ تا تاریخ: \_\_\_\_\_  
توجه: این مدت زمان نباید بیش از 6 سال باشد. و نباید شامل تاریخهای قبل از 14 آوریل 2003 باشد.  
روش ارسال ( لطفاً یکی را انتخاب نمایید):

"شخصاً" به CalOptima مراجعه میکنم ( در زمان دریافت کارت شناسایی لازم است)

پست:

آدرس/شماره \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

ایمیل به آدرس امن پست الکترونیکی: \_\_\_\_\_

امضاء عضو: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

اگر نماینده شخصی دریافت میکند لطفاً بخش زیر را تکمیل نموده و مدارک مورد نیاز را ارائه نمایید:

نام ( خوانا بنویسید) \_\_\_\_\_ نسبت با عضو: \_\_\_\_\_