

**공개 양식 보고서를 위한 요청**

요청 날짜: \_\_\_\_\_

회원 이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

회원 CIN번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

나는 내 보호된 건강 정보(PHI)가 CalOptima에 의해 법에 따라 어떻게 공개되었는지에 대한 보고를 받길 원합니다. 나는 CalOptima가 다음 종류의 공개는 나에게 알리지 않아도 된다는 것을 이해합니다:

1. 치료의 목적, 지불 및 건강 관리 운영을 위한 공개.
2. 나에게 또는 내가 승인한 사람(들)에게 된 공개.
3. 나의 치료에 관련된 사람에게 된 공개.
4. 2003년 4월 14일 이전에 된 공개.

나는 또한 일부 또는 모든 공개의 보고서에 대한 나의 권리가 일부의 경우 일시 중단될 수 있음을 이해합니다.

나는 CalOptima가 내가 요청한 날짜로부터 60일 이내에 보고서를 제공하거나 그것을 준비하기 위해 추가로 30일(또는 이하)이 더 필요한 경우 나에게 알려야 한다는 것을 이해합니다.

나는 12개월마다 한번 무료 보고서가 허락된다는 것을 이해합니다. 12개월동안 한번 이상의 보고서를 요청할 경우, 비용이 청구될 수 있다는 것을 이해합니다.

**이것은 보호된 건강 정보(PHI)의 개방이 아니라는 것을 참고하십시오. 이 양식으로 의료 청구 또는 약국 청구 같은 기록은 받지 않을 것입니다. 만약 이러한 기록을 원하시면, 지정 기록 세트 양식에 보호된 건강 정보에 대한 개별 개방 요청서를 작성하십시오.**

귀하의 개인 정보 권리에 대한 자세한 정보는 저희 웹사이트 [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) 를 방문하시거나 또는 CalOptima의 고객 서비스부의 무료번호 **1-888-587-8088**로 전화하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있으신 회원은 저희 TDD/TTY 전화번호 **1-800-735-2929**로 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.

나는 다음의 기간동안 공개된 기록을 원합니다:

이 기간부터: \_\_\_\_\_ 이 기간까지: \_\_\_\_\_

참고: 기간은 6개월 미만이어야 하며, 2003년 4월 14일 이전의 기간이 포함되서는  
안됩니다.

전달 방법 요청(하나를 선택):

CalOptima 에서 "직접" 픽업 (픽업하실 때 ID가 필요함)

우편으로:

주소/호수 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

전자식, 안전한 이메일로 배송: \_\_\_\_\_

회원 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

개인 대리인이라면, 다음 섹션을 작성하시고 서류를 제공하십시오:

이름: \_\_\_\_\_ 회원과의 관계: \_\_\_\_\_