

關於使用和披露受保護健康資訊 (PHI) 的限制申請

申請日期： _____

會員姓名： _____

出生日期： _____

會員投保人識別編號 (Client Identification Number, CIN)： _____

電話號碼： _____

本人了解，CalOptima可能使用或披露（發布）我的受保護健康信息 (Protected Health Information, PHI) 以作治療、付款和醫療保健操作之用。CalOptima還可能發布信息給參與我的護理或為我的護理付款之人員（例如家庭成員或朋友）。

本人了解，CalOptima無須同意我的要求。

本人要求限制 CalOptima 使用和披露受保護健康信息 (PHI)。我想要限制的信息為：

我想限制 CalOptima：

使用此信息披露此信息

使用及披露此信息

我希望限制以下人士或實體（例如：配偶）獲取信息： _____

所需用途和披露：

即使 CalOptima同意限制，在下列情況下仍會分享信息：

- 在緊急醫療期間，如果需要限制信息來提供緊急治療。但如果在緊急情況下披露信息，CalOptima 將告知信息接收人不得出於任何其他目的使用或披露該信息。
- 用於衛生機構的監督活動。
- 法律另行要求的用途或披露。
- CalOptima 收到書面終止申請。
- 我口頭同意終止，且口頭協議被記錄在案。
- CalOptima通知我正在終止協議。在此情況下，終止僅在我收到終止通知後，CalOptima 創建或接收的PHI終止方可生效。

第2頁繼續。

您的權利：

要了解更多有關您的隱私權之信息，請參閱您的 CalOptima Notice of Privacy Practices（隱私條例通知）副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org 或聯繫 CalOptima 客戶服務部取得，請致電 **1-714-246-8500** 或免費電話 **1-888-587-8088**。我們的服務時間為週一至五，上午8時至下午5時30分。有聽力或語言障礙的會員請撥打TDD/TTY專線**1-714-246-8523**或免費電話**1-800-735-2929**。我們有會講您語言的工作人員。

若您認為您的隱私權受到侵犯，您可向 CalOptima 提出投訴，請致電 **1-714-246-8500** 或寫信至：

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

即使您選擇作出投訴或行使您的任何隱私權，CalOptima 將不會以任何形式取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的利益。

簽名：

會員簽名： _____

若為授權代表（請附上法律文件）：

姓名正楷： _____ 與會員的關係： _____