

نموذج طلب تقييد طريقة أو أسلوب المراسلات السرية

اسم العضو: _____
رقم تعريف العضو: _____ تاريخ الولادة: _____
العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

يحق لك طلب الحصول على مراسلات سرية بالمعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) بطرق أخرى أو إلى عنوان مختلف. على سبيل المثال، ربما لا تريد إرسال سجلاتك الصحية أو معلومات عضويتك إلى منزلك، حيث يمكن أن يطلع عليها أحد أفراد الأسرة.
سوف نوافق على هذه الطلبات عندما يكون هناك خطر إلحاق ضرر شخصي بك بسبب المعلومات الصحية المحمية (PHI) المرسله من CalOptima.

أطلب من CalOptima عدم إرسال أي مراسلات بخصوص معلوماتي الصحية المحمية (PHI) إلى العنوان أو رقم الهاتف المذكورين أعلاه.

العنوان الآخر أو طريقة الوصول إليّ هما (يجب عليك تقديم عنوان بديل لكي تلتزم CalOptima بطلب المراسلة السرية الخاص بك):

العنوان: _____ رقم الشقة #: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

حقوقك:

لمعرفة المزيد عن حقوق الخصوصية الخاصة بك، يُرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بـ CalOptima. كما يمكنك العثور عليه على موقعنا الإلكتروني: www.caloptima.org، أو من قسم خدمة عملاء CalOptima من خلال الاتصال بالرقم **1-714-246-8500** أو بالهاتف المجاني على الرقم **1-888-587-8088**، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 5.30 مساءً. ويمكن للأعضاء الذين يعانون صعوبات في السمع والكلام بخط TDD الخاص بنا على الرقم **1-714-246-8523** أو بالرقم المجاني **1-800-735-2929**. لدينا طاقم يتحدث لغتك.

إذا كنت تعتقد أن حقوق خصوصيتك قد انتهكت، يمكنك تقديم شكوى إلى CalOptima من خلال الاتصال على الرقم **1-714-246-8500** أو إرسال رسالة إلى:

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

لا يمكن لـ CalOptima أن تحرمك من مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو اتخاذ أي إجراء قد يسبب ضررًا لك بأي شكل من الأشكال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية.

التوقيع:

توقيع العضو: _____
إذا كنت الممثل المفوض (يُرجى إرفاق المستندات القانونية):
صلة القرابة بالعضو: _____ اكتب الاسم بحروف مطبوعة: _____