

Solicitud de restricción en la forma o método para recibir correspondencia confidencial

Nombre del miembro: _____

Número de CIN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Puede solicitar recibir la correspondencia de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) confidencial por otros métodos de comunicación o a una dirección diferente. Por ejemplo, es posible que no quiera recibir su información médica o de membresía en su hogar para evitar que la vea alguien de su familia.

Estaremos de acuerdo con esta solicitud si existe riesgo de que usted sufra daños personales por recibir la PHI que le envía CalOptima.

- Solicito que CalOptima NO envíe correspondencia que contenga mi PHI a la dirección o número de teléfono proporcionados arriba.

Se pueden comunicar conmigo por el siguiente método o dirección (debe proporcionar una dirección diferente para que CalOptima pueda acceder a su solicitud de correspondencia confidencial):

Dirección: _____ Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SUS DERECHOS:

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte su copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima. También puede encontrarlo en nuestra página de Internet en www.caloptima.org o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima al **1-714-246-8500** o gratuitamente al **1-888-587-8088**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Contamos con personal que habla su idioma.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante CalOptima llamando al **1-714-246-8500** o escribiendo a:

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

CalOptima no puede revocar sus beneficios de atención médica ni hacer nada que le afecte de alguna manera si decide presentar una queja o ejercer alguno de sus derechos de privacidad.

FIRMA:

Firma del miembro: _____

Si es un representante autorizado, proporcione la documentación legal apropiada:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____