

بيان خلاف

طلب تضمين طلب تعديل ورفض مع الإفصاحات مستقبلية

تاريخ الطلب: _____
تاريخ الميلاد: _____ اسم العضو: _____
رقم الهاتف: _____ رقم تعريف العضو: _____
أفهم أن CalOptima قد رفضت طلبي بتغيير معلوماتي الصحية المحمية (PHI). كان طلبي بتاريخ: _____.

اختر مربعاً واحداً (1) أدناه:

أدرك أن CalOptima قد تقوم بإعداد رداً لبيان الخلاف الخاص بي. إن كلمة "الرد" عبارة عن بيان لماذا تعتقد CalOptima أن بيان الخلاف الخاص بي غير مقبول. إذا قامت CalOptima بإعداد رد مكتوب، فستلقى نسخة منه.

أريد تقديم "بيان الخلاف" هذا.

أنا لا أتفق مع الرفض بسبب: _____

لا أريد تقديم "بيان الخلاف"، لكن أود أن تقوم CalOptima بتضمين طلب التغيير الخاص بي والرفض مع جميع الإفصاحات المستقبلية للمعلومات التي تتعلق بطلب التغيير الخاص بي.

حقوقك:

لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار ممارسات الخصوصية لدى CalOptima (CalOptima Notice of Privacy Practices). يمكن العثور على نسخة على موقعنا على الإنترنت: www.caloptima.org، أو من قسم خدمة العملاء في CalOptima من خلال الاتصال على **1-714-246-8500** أو على الرقم المجاني **1-888-587-8088**، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 5:30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين لديهم ضعف في السمع أو النطق الاتصال على خط TDD/TTY المجاني على الرقم **1-800-735-2929**. لدينا طاقم يتحدث لغتك.

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى إلى CalOptima أو مع وزير الصحة والخدمات الإنسانية. لتقديم شكوى إلى CalOptima، اتصل بقسم خدمة العملاء في CalOptima على الرقم **1-714-246-8500**. لا تستطيع CalOptima سحب مزايا رعايتك الصحية أو القيام بأي شيء لإيذائك بأي طريقة إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية في هذا الإشعار.

التوقيع:

توقيع العضو: _____

إذا كان الممثل المفوض (يرجى تضمين الوثائق القانونية):

أطبع الاسم: _____ العلاقة بالعضو: _____