

제한 양식의 종료

날짜: _____

생년월일: _____

회원 이름: _____

회원 CIN 번호: _____

위 회원은 [DATE]날짜부로 적용된 보호되는 건강 정보(PHI)의 사용 및 공개에 대한 제한을 요청하였습니다.

회원은 제한이 종료되기를 요청합니다

회원 서명: _____

만약 대리인이라면 (법적 서류를 포함하십시오):

이름: _____ 회원과의 관계: _____

회원은 제한 종료에 동의합니다.

회원 서명: _____

만약 대리인이라면 (법적 서류를 포함하십시오):

이름: _____ 회원과의 관계: _____

회원은 구두로 종료에 동의하였습니다.

구두로 종료를 받은 CalOptima 직원의 서명:

CalOptima는 귀하께 동의된 사항이 종료된 것을 알려드립니다. 종료는 귀하께서 통지를 받은 후 저희가 작성했거나 또는 받은 보호되는 건강 정보(PHI)에 대해서만 유효합니다.

귀하의 개인 정보 보호 권리에 대한 자세한 정보는 CalOptima 개인 정보 보호 관행 공지를 참고하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org 에서 찾으시거나 또는 CalOptima의 고객 서비스부의 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088**로 전화하십시오. 저희는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 근무합니다. 청각 또는 언어 장애가 있으신 회원들은 저희 TDD/TTY 번호 **1-714-246-8523** 또는 무료번호**1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 귀하의 언어로 도와드립니다.

만약 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되시는 경우, CalOptima의 번호 **1-714-246-8500**로 전화하시거나 또는 다음 주소로 불만을 제출하십시오:

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

불만을 제출하거나 개인 정보 보호 권리를 사용하신다 하더라도, CalOptima는 귀하의 의료 서비스 혜택을 취소하거나 귀하께 해를 끼치는 일을 할 수 없습니다.

감사합니다.

HIPAA Privacy (건강 보험 이식성 및 책임법 개인 정보 보호)

규율 준수부