

ورقة تعليمات CalOptima لقانون محاسبة ومساءلة التأمين الصحي
(HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)
للتصريح بالمعلومات الصحية المحمية (PHI) (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

القسم A: معلومات العضو

هذا القسم ينطبق على العضو الذي يطلب الإفصاح عن معلوماته لشخص آخر أو منظمة. يرجى تعبئة كافة النقاط في هذا القسم.

القسم B: المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها

يخبرك هذا القسم ما هي المعلومات التي تريد من الإفصاح عنها. كن محدداً بخصوص أنواع الوثائق التي تقوم بالتفويض بالإفصاح عنها. على سبيل المثال، إذا كنت تقوم بتفويض فرد آخر للحصول على PHI ذات علاقة بحدث طبي حصل مؤخراً، حدد تاريخ الحدث الطبي وأنواع الوثائق التي تقوم بطلبها (مثل سجلات الفواتير أو سجلات التفويض المسبق أو سجلات الصيدلية) وحدد أي أنواع السجلات التي تريد استثناءها.

القسم C: الهدف من هذا التصريح

اختر الأسباب التي جعلتك تطلب الإفصاح عن هذه المعلومات. إذا كان لديك سبب محدد، يرجى تعبئته تحت "غير ذلك" وحدد السبب. على سبيل المثال، إذا كنت تريد فقط أن يقوم الشخص أو المنظمة التي ستقوم بتفويضها بتلقي معلوماتك الصحية المحمية لاستئناف مطالبات معلقة، فيجب عليك إدخال "للاستئناف على قرار مطالبة" أو شيء مشابه في ذلك القسم.

القسم D: الشخص أو المنظمة المفوضة لتلقي هذه المعلومات

يرجى إدخال اسم الشخص أو المنظمة التي تفوضها للحصول على معلوماتك PHI. على سبيل المثال، إذا قمت بتفويض الزوج/الزوجة أو ابن بالغ أو فرد آخر بالحصول على معلوماتك PHI، فقم بإدخال اسمه/اسمها في هذه الفراغات. إذا قمت بتفويض منظمة (مثل وسيط أو شركة قانونية أو وكالة تأمين إلخ) للحصول على معلوماتك PHI، فقم بإدخال اسم المنظمة المحدد في هذه الفراغات. تتضمن الأمثلة: "الدكتور John Smith" أو "Mary Doe (الزوجة)". قم بتوضيح الصلة بينك وبين هذا الشخص أو المنظمة (على سبيل المثال الزوجة أو ابن بالغ إلخ) وقم بتقديم رقم الهاتف لهذا الشخص.

القسم F: تاريخ انتهاء التفويض

قم بوضع علامة في المربع إذا كنت تريد أن ينتهي التفويض في تاريخ معين. قم بإدخال تاريخ الانتهاء. قم بوضع علامة في المربع الثاني إذا كنت تريد أن ينتهي التفويض في مناسبة معينة "بعد سنة واحدة من تاريخ توقيعي".

القسم G: التوقيع

إذا كنت أنت العضو، فقم بتوقيع اسمك وتاريخ توقيعك على النموذج. يرجى العلم بأنه من أجل إعداد طلبك، فإنه يجب إرفاق نسخة سارية المفعول من وثيقة تعريف (ID) عليها صورة صادرة عن جهة حكومية عليها توقيعك مع نموذج الطلب.

إذا كنت الممثل الشخصي المفوض للعضو، فقم بالتوقيع باسمك وقم بإدخال تاريخ توقيعك وقم بتوضيح علاقتك كممثل. يرجى العلم بأنه من أجل إعداد طلبك، فإنه يجب إرفاق نسخة سارية المفعول من وثيقة تعريف (ID) عليها صورة صادرة عن جهة حكومية عليها توقيعك مع نموذج الطلب. يجب عليك أيضاً تزويدنا بنسخة من الوثائق القانونية التي تشير إلى أنك الممثل الشخصي المفوض للعضو.

• أمثلة على الوثائق القانونية:

- توكيل رسمي للرعاية الصحية — هذه الوثيقة تعطي شخص معين تثق به الصلاحية القانونية للتصرف بالنيابة عنك ولاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لك.
 - الوصاية القانونية — وهذا عندما تقوم المحكمة بتعيين شخص ما للاعتناء بشخص آخر.
 - الوصاية على الشخص — يحصل هذا عندما تقوم المحكمة بتعيين شخص مسؤول لاتخاذ قرارات لشخص لا يستطيع اتخاذ قرارات مسؤولة لنفسه.
 - منفذ الوصاية — يستخدم هذا النوع من الوثائق عندما يكون الشخص الذي يتم تمثيله قد توفي .
- يرجى الاحتفاظ بنسخة من النموذج لسجلاتك.