



طلب تقييد الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

تارikh الطلب: _____

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

رقم الهاتف: _____ الـ CIN الخاص بالعضو: _____

أدرك أن CalOptima Health قد تستخدم أو تكشف (تصدر) المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بي لأغراض العلاج، والدفع وعمليات الرعاية الصحية. قد تقوم CalOptima Health أيضًا بإصدار المعلومات لشخص مشارك في رعايتي أو دفع تكاليف رعايتي، مثل أحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء.

أدرك أنه ليس من الضروري أن تتوافق CalOptima Health على طلبي.

أطلب تقييد الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) من قبل CalOptima Health. المعلومات التي أريدها محدودة هي:

أريد وضع حدود لـ CalOptima Health لل التالي:

استخدام هذه المعلومات

الكشف عن هذه المعلومات

كل من استخدام هذه المعلومات والكشف عنها

أريد أن تطبق الحدود على الشخص/الكيان التالي (على سبيل المثال: الزوج/الزوجة): _____

الاستخدامات والإفصاحات المطلوبة

حتى لو وافقت CalOptima Health على التقييد، فما زال من الممكن مشاركة المعلومات في ظل الظروف التالية:

- أثناء الطوارئ الطبية إذا كانت المعلومات المقيدة ضرورية لتقديم العلاج في حالات الطوارئ. ومع ذلك، إذا تم الكشف عن المعلومات أثناء حالة الطوارئ، فإن CalOptima Health ستخبر المترقب بعدم استخدامها أو الكشف عنها لأي غرض آخر.
- لأنشطة الرقابة على الوكالات الصحية
- لاستخدامات أو إفصاحات المطلوبة بموجب القانون
- إذا تم الاتفاق على تقييد، يتم إنهاء كتابيًا
- أوقف شفويًا على إنهاء ويتم توثيق الاتفاقية الشفوية
- أبلغتني CalOptima Health أنها تقوم بإنهاء الاتفاقية. في هذه الحالة، يصبح إنهاء ساري المفعول فقط بالنسبة لـ PHI التي أنسأتها أو استلمتها CalOptima Health بعد إخطاري بإنهاء.

حقوق

لمزيد من المعلومات حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار CalOptima Health لممارسات الخصوصية. يمكنك الاطلاع على نسخة على موقعنا الإلكتروني: www.caloptima.org، أو من قسم خدمة العملاء في CalOptima Health بالاتصال على الرقم **1-714-246-8500** أو الرقم المجاني **1-888-587-8088**، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 5:30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين يعانون من عجز في السمع أو النطق الاتصال بالTTY/TDD الخاص بنا على الرقم **711**. لدينا طاقم عمل يتحدث لغتك.

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد تم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى إلى CalOptima Health أو إلى سكرتير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

لتقدم شكوى إلى CalOptima Health، اتصل بقسم خدمة العملاء في CalOptima Health على الرقم **1-714-246-8500** أو اكتب إلى:

ATTN: Customer Service Department

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange CA 92868

لا يمكن لـ CalOptima Health سحب مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو القيام بأي شيء يؤذيك بأي شكل من الأشكال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي من حقوق الخصوصية الواردة في هذا الإشعار.

التوقيع

توقيع العضو: _____

إذا كان ممثلاً مفوضاً (يرجى تضمين الوثائق القانونية): _____

الصلة بالعضو: _____ الاسم كتابةً: _____