

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

تاريخ الطلب: _____
اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____
الـ CIN الخاص بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

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 توافق 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 للتالي:

- ☐ استخدام هذه المعلومات
- ☐ الكشف عن هذه المعلومات
- ☐ كل من استخدام هذه المعلومات والكشف عنها

أريد أن تنطبق 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 المتلقي بعدم استخدامها أو الكشف عنها لأي غرض آخر.
- لأنشطة الرقابة على الوكالات الصحية
- للاستخدامات أو الإفصاحات المطلوبة بموجب القانون
- إذا تم الاتفاق على تقييد، يتم الإنهاء كتابيًا
- أوافق شفويًا على الإنهاء ويتم توثيق الاتفاقية الشفوية
- أبلغتني CalOptima Health أنها تقوم بإنهاء الاتفاقية. في هذه الحالة، يصبح الإنهاء ساري المفعول فقط بالنسبة لـ PHI التي أنشأتها أو استلمتها CalOptima Health بعد إخطاري بالإنهاء.

حقوقك

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 صباحًا حتى 5:30 مساءً. يمكن للأعضاء الذين يعانون من عجز في السمع أو النطق الاتصال بالـ TDD/TTY 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.

لتقديم 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 ممثلًا مفوضًا (يرجى تضمين الوثائق القانونية):

الاسم كتابةً: _____ العلاقة بالعضو: _____