

برگه دستورالعمل برای CALOPTIMA HEALTH، قانون پایداری و مسئولیت پذیري بیمه های درمانی (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) مجوز برای افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) شده

بخش A: اطلاعات عضو

این بخش برای عضوی اعمال می شود که می خواهد اطلاعات خود را برای شخص یا سازمان دیگری منتشر کند. لطفاً تمام موارد اطلاعات این بخش را تکمیل کنید.

بخش B: اطلاعاتی که قابل فاش شدن هستند

این بخش به ما اطلاع می دهد که مایل به انتشار چه اطلاعاتی هستید. در مورد انواع اسنادی که مجوز انتشار آنها را صادر می کنید، دقیقاً توضیح دهید. برای مثال، اگر به فردی اجازه می دهید که اطلاعات بهداشتی حفاظت شده PHI مربوط به یک رویداد پزشکی اخیر را دریافت کند، تاریخ آن رویداد پزشکی و انواع اسنادی که درخواست می کنید (مانند سوابق صورت حساب، سوابق مجوز قبلی، یا سوابق داروخانه) را مشخص کنید و هر نوع اطلاعاتی را که می خواهید حذف کنید را مشخص نمایید. توجه داشته باشید که تأیید افشای برخی از اطلاعات مستلزم این است که مورد را انتخاب نموده و با حروف اول نام و نام خانوادگی خود امضا نمایید، CalOptima Health آن اطلاعات را فاش نمی کند مگر اینکه با نوشتن حروف اول نام و نام خانوادگی خود اجازه افشای اطلاعات را تأیید کنید.

اگر بخواهید علاوه بر یادداشت های روان درمانی، اطلاعات دیگری را نیز افشا کنید، باید مجوز جداگانه ای برای افشای یادداشت های روان درمانی ارائه دهید. یادداشت های روان درمانی یادداشت هایی هستند که محتوای یک جلسه درمانی را مستند یا تجزیه و تحلیل می کنند.

بخش C: هدف از این مجوز

دلیل (هایی) که برای انتشار اطلاعات خود درخواست کرده اید را انتخاب کنید. اگر دلیل خاصی دارید، لطفاً قسمت «غیره» را پر کنید و دلیل را ذکر کنید. به عنوان مثال، اگر فقط می خواهید شخص (اشخاص) یا سازمان (هایی) که شما تأیید می کنید که مجاز به دریافت اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما برای درخواست تجدیدنظر در مورد ادعاهای معلق باشند، «برای درخواست تجدیدنظر در مورد تعیین ادعا» یا چیزی مشابه را در آن قسمت وارد کنید.

بخش D: شخص یا سازمان مجاز به دریافت این اطلاعات

لطفاً نام (های) شخص (اشخاص) یا سازمان (هایی) که به آنها اجازه دسترسی یا دریافت PHI خود را داده اید را وارد کنید. به عنوان مثال، اگر به همسران، فرزندان بزرگسالان، یا هر فرد دیگری اجازه می دهید PHI شما را دریافت کند، نام ایشان را در این قسمت وارد کنید. اگر به سازمانی (مانند موسسات واسطه، موسسه حقوقی، آژانس بیمه و غیره) اجازه دریافت PHI خود را می دهید، نام خاص سازمان را در این قسمت ها وارد کنید. **مثالها عبارتند از:** «دکتر جان اسمیت» یا «مری دو (همسر)». نوع نسبت شخص (اشخاص) یا سازمان (ها) با شما (به عنوان مثال، همسر، فرزند بزرگسال و غیره) را مشخص کنید و شماره تلفن آنها را ارائه دهید.

بخش F: تاریخ انقضا مجوز

شما باید تاریخ انقضا را وارد کنید یا اگر می خواهید مجوز در محدوده زمانی یک رویداد خاص منقضی شود، باید رویداد را وارد کنید، به عنوان مثال "یک سال از تاریخ امضای من".

بخش G: امضا

اگر شما عضو هستید، نام خود را امضا کنید و تاریخ امضای فرم را وارد کنید. لطفاً توجه داشته باشید که برای رسیدگی به درخواست شما، باید یک کپی از مدرک شناسایی عکس دار (ID) معتبر صادر شده توسط دولت همراه با امضای شما همراه فرم درخواست شما باشد.

اگر نماینده شخصی عضو هستید، نام خود را امضا کنید، تاریخ امضای فرم را وارد کنید و نسبت نماینده با خود را توضیح دهید. لطفاً توجه داشته باشید که برای رسیدگی به درخواست شما، باید یک کپی از مدرک شناسایی عکس دار (ID) معتبر صادر شده توسط دولت همراه با امضای شما همراه فرم درخواست شما باشد. همچنین باید یک کپی از اسناد قانونی که نشان می دهد شما نماینده شخصی مجاز عضو هستید به ما ارائه دهید.

• نمونه هایی از اسناد حقوقی:

- وکالتنامه برای مراقبت های بهداشتی - این سند به فردی که به او اعتماد دارید این قدرت قانونی را می دهد که از طرف شما اقدام کند و برای شما تصمیمات مراقبت های بهداشتی را اتخاذ کند.
- قیمومیت قانونی - زمانی است که دادگاه شخصی را برای مراقبت از شخص دیگری منصوب می کند.
- قیمومیت و حفاظت شخص - این زمانی اتفاق می افتد که دادگاه یک فرد مسئول را برای تصمیم گیری برای شخصی که نمی تواند برای خود تصمیمات مسئولانه بگیرد، منصوب می کند.
- مجری دارایی - این نوع سند زمانی استفاده می شود که شخصی که نمایندگی می شود فوت کرده باشد.

لطفاً یک کپی این فرم را برای پرونده خود نگاه دارید.