

## طلب نموذج التحاسب عن الإفصاحات

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

أرغب في الحصول على تقرير حول كيفية الكشف عن معلوماتي الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) من قبل CalOptima Health، وفقًا لما يقتضيه القانون. أدرك أنه ليس على CalOptima Health أن تخبرني عن الإفصاحات التي هي من الأنواع التالية:

1. الإفصاحات لأغراض العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية.
2. الإفصاحات الموجهة لي أو المصرح بها من قبلي لشخص (أشخاص) آخرين.
3. الإفصاحات للأشخاص المشاركين في رعايتي.
4. الإفصاحات التي تمت قبل 14 أبريل 2003.

وأدرك أيضًا أن حقي في الحصول على تقرير لبعض، أو كل الإفصاحات، قد يتم تعليقه في بعض الحالات.

أدرك أن CalOptima Health يجب أن تعطيني تقرير الإفصاحات خلال 60 يومًا من طلبي أو تخبرني بأن هناك حاجة إلى 30 يومًا إضافيًا (أو أقل) لإعداده.

أدرك أنه يُسمح لي بالحصول على 1 تقرير مجاني عن الإفصاحات كل 21 شهرًا. قد يتم تحصيل رسوم مني إذا طلبت أكثر من تقرير واحد خلال نفس الـ 12 شهرًا.

يرجى ملاحظة أن هذا ليس طلبًا للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI). لن تحصل على سجلات مثل المطالبات الطبية أو مطالبات الصيدلة باستخدام هذا النموذج. إذا كنت ترغب في هذه الأنواع من السجلات، فيرجى ملء الطلب الفردي للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية في نموذج مجموعة السجلات المخصصة.

لمعرفة المزيد حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى زيارة موقعنا على [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) أو اتصل بقسم خدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-888-587-8088. يمكن للأعضاء الذين يعانون من عجز في السمع أو النطق الاتصال بالـ TTY الخاص بنا على الرقم 711. لدينا طاقم عمل يتحدث لغتك.

أرغب في الحصول على سجل الإفصاحات الذي يغطي الفترة الزمنية التالية:

من: \_\_\_\_\_ الى: \_\_\_\_\_

ملاحظة: لا يجوز أن تزيد الفترة الزمنية عن ستة (6) سنوات، ولا يجوز أن تشمل تواريخ قبل 14 أبريل 2003.

طريقة التسليم المطلوبة (اختر واحدة):

☐ الاستلام "الشخصي" في CalOptima Health (يلزم تقديم بطاقة تعريف في وقت الاستلام)

☐ البريد:

العنوان / رقم الوحدة السكنية المدينة الولاية الرمز البريدي

☐ إلكترونياً، يتم إرساله عبر بريد إلكتروني آمن إلى: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني

توقيع العضو: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

إذا كنت ممثلاً شخصياً، فيرجى إكمال القسم أدناه وتقديم المستندات:

الاسم كتابةً: \_\_\_\_\_ العلاقة بالعضو: \_\_\_\_\_