

دستورالعمل برای CALOPTIMA
قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه درمانی (HIPAA)
مجوز برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات محرمانه درمانی (PHI)

بخش A: اطلاعات عضو

این بخش مربوط به عضو میباشد که درخواست میکند اطلاعات خود را در اختیار شخص یا سازمان دیگری قرار دهد. لطفاً تمام اطلاعات در این قسمت را کامل کنید.

بخش B: اطلاعاتی که میتوانند به اشتراک گذاشته شوند

این قسمت مربوط به اطلاعاتی است که شما اجازه میدهید به اشتراک بگذاریم. در مورد نوع اطلاعاتی که به ما اجازه اشتراک میدهید کاملاً توضیح دهید. برای مثال اگر به شخصی اجازه دریافت مدارک PHI مربوط به یک رویداد اخیر پزشکی را میدهید، تاریخ رویداد و نوع مدرک را ذکر کنید (برای مثال: مدارک حسابداری، مجوز از قبل، مدارک داروخانه) و هرگونه مدرکی را که میخواهید متنثنی شوید را در اینجا ذکر کنید.

بخش C: دلیل صدور این مجوز

دلایل درخواست این مجوز برای به اشتراک گذاری اطلاعات را انتخاب کنید. اگر دلیل خاصی وجود دارد، در قسمت "دیگر" به آن اشاره کنید. برای مثال اگر میخواهید افراد یا سازمانی که اطلاعات محرمانه شما را دریافت میکنند از آن برای درخواست تجدید نظر استفاده کنند، مینویسید "تعیین ادعای درخواست تجدید نظر" یا مطالبی به این چنین.

بخش D: شخص یا سازمانی که اجازه دریافت این اطلاعات را دارند.

لطفاً نام شخص (اشخاصی) یا سازمان (هایی) را که اجازه دریافت PHI شما را دارند در این قسمت وارد کنید. برای مثال، اگر به همسر خود، فرزند بالغ، یا هر شخص دیگری که اجازه دریافت PHI خود را داده اید، نام آنها را در این محل بنویسید. اگر به سازمان خاصی (مانند یک کارگذار، دفتر وکالت، شرکت بیمه یا غیره) اجازه دریافت PHI خود را داده اید، نام سازمان را در این محل بنویسید. برای مثال: "دکتر جان اسمیت یا مری جو (همسر)". نشان دهید که نسبت شخص یا سازمان با شما چیست (برای مثال، همسر، فرزند و یا غیره) و شماره تلفن شخص یا سازمان را اضافه کنید.

بخش F: تاریخ انقضاء مجوز

اگر میخواهید این مجوز در تاریخ خاصی باطل شود، در مربع اول علامت بزنید. تاریخ انقضاء را بنویسید. اگر میخواهید که تاریخ انقضاء بعد از دوران خاصی باشد در مربع دوم علامت بزنید، برای مثال "یک سال بعد از تاریخ امضاء مجوز."

اگر شما عضو هستید، فرم را امضاء کرده و تاریخ بزنید. لطفاً اطلاع داشته باشید که به منظور رسیدگی به درخواست شما، رونوشت کارت شناسایی قانونی عکسدار و امضاء شده باید ضمیمه فرم درخواست باشد.

اگر نماینده قانونی هستید فرم را امضاء کنید، تاریخ بزنید و نسبت خود یا عضو را در آن عنوان کنید. لطفاً اطلاع داشته باشید که به منظور رسیدگی به درخواست شما، رونوشت کارت شناسایی قانونی عکسدار و امضاء شده باید ضمیمه فرم درخواست باشد. همچنین شما باید رونوشتی از مدارک قانونی که نمایندگی شما از طرف عضو را تایید میکند ضمیمه این فرم نمایید.

• مثال مدارک قانونی:

- **وکالت پزشکی، عمومی یا بلند مدت** — این مدارک به شخص مورد اعتماد شما قدرت قانونی میدهد که به جای شما تصمیمهای درمانی بگیرند.
- **قیومیت قانونی** — این زمانی است که دادگاه کسی را برای مراقبت از شخص دیگری منصوب میکند.
- **وصی** — این زمانی است که دادگاه شخصی مسئول را برای تصمیم گیری از جانب شخصی که قادر به تصمیم گیری برای خود نیست منصوب میکند.
- **مجری اموال** — این اسناد زمانی استفاده میشوند که فردی که دارای نماینده بوده در گذشته باشد.

لطفاً رونوشت این فرم را در مدارک خود نگاه دارید.