

ورقة تعليمات CALOPTIMA HEALTH، لقانون محاسبة ومساءلة التأمين الصحي  
**(HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT,**  
**(HIPAA) التفويض بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية**  
**(PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

### القسم A: معلومات العضو

ينطبق هذا القسم على العضو الذي يطلب الكشف عن معلوماته لشخص آخر أو مؤسسة أخرى. يرجى استكمال كافة بنود المعلومات في هذا القسم.

### القسم B: المعلومات التي يمكن الكشف عنها

يخبرنا هذا القسم بالمعلومات التي تزيد من الكشف عنها. كن محدداً فيما يتعلق بأنواع المستندات التي تزيد السماح بالكشف عنها. على سبيل المثال، إذا كنت تسمح لشخص ما بالحصول على إـ PHI التي تتصل بحدث طبي حديث، فحدد تاريخ الحدث الطبي، وأنواع المستندات التي تطلبها (على سبيل المثال، سجلات الفواتير، أو سجلات التصريح المسبق، أو سجلات الصيدلة) وحدد أي أنواع من السجلات التي ترغب في استبعادها. لاحظ أن بعض المعلومات تتطلب منك تحديد الحروف الأولى من اسمك وتقديمها للموافقة على الكشف عن المعلومات، ولن تكشف CalOptima Health عن تلك المعلومات إلا إذا قدمت الحروف الأولى من اسمك للموافقة على الكشف.

إذا اخترت الكشف عن معلومات أخرى بالإضافة إلى ملاحظات العلاج النفسي، فيجب عليك تقديم تفويض منفصل للكشف عن ملاحظات العلاج النفسي فقط. ملاحظات العلاج النفسي هي ملاحظات توثيق أو تحلل محتويات جلسة العلاج.

### القسم C: الغرض من هذا التفويض

حدد السبب (الأسباب) الذي طلبت من أجله الكشف عن معلوماتك. إذا كان لديك سبب محدد، يرجى ملء صندوق "غير ذلك" والإشارة إلى السبب. على سبيل المثال، إذا كنت تزيد فقط أن يتلقى الشخص (الأشخاص) أو المؤسسة (المؤسسات) التي تفويضها معلوماتك الصحية المحمية لاستئناف المطالبات المتعلقة، فيجب عليك إدخال "لاستئناف قرار المطالبة" أو شيء مشابه في هذا المربع.

### القسم D: الشخص أو المؤسسة المفوضة لتلقي هذه المعلومات

يرجى إدخال اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) أو المؤسسة (المؤسسات) التي تسمح لها بالوصول إلى إـ PHI الخاصة بك أو تلقيها. على سبيل المثال، إذا كنت تسمح لزوجك/زوجتك أو أي فرد آخر بالحصول على إـ PHI الخاصة بك، فأدخل اسمه/اسمها في هذه الفراغات. إذا كنت تقوم بتفويض مؤسسة (مثل وسيط، أو شركة محاماة، أو وكالة تأمين وما إلى ذلك) للحصول على إـ PHI الخاصة بك، فأدخل الاسم المحدد للمؤسسة في هذه المساحات. تتضمن الأمثلة ما يلي: "الدكتور John Smith" أو "Mary Doe (الزوجة)." أشر إلى كيفية ارتباط الشخص (الأشخاص) أو المؤسسة (المؤسسات) بك (على سبيل المثال، الزوج/الزوجة، أو الطفل البالغ، وما إلى ذلك) وقم باعطاء رقم هاتفهم.

## القسم F: تاريخ انتهاء صلاحية التفويض

يجب عليك إدخال تاريخ انتهاء الصلاحية أو إذا كنت ترغب في انتهاء صلاحية التفويض في حدث معين، فيجب عليك إدخال الحدث، على سبيل المثال "سنة واحدة من تاريخ توقيعي".

## القسم G: التوقيع

إذا كنت عضواً، قم بالتوقيع باسمك وأدخل تاريخ توقيعك على النموذج. يرجى العلم أنه من أجل معالجة طلبك، يجب تضمين نسخة من وثيقة تعريف (**identification, ID**) ذات صورة سارية المفعول صادرة عن جهة حكومية مع توقيعك مع نموذج الطلب الخاص بك.

إذا كنت الممثل الشخصي للعضو، فقم بالتوقيع باسمك، وأدخل تاريخ توقيعك على النموذج، وحدد علاقتك كممثل. يرجى العلم أنه من أجل معالجة طلبك، يجب تضمين نسخة من وثيقة تعريف (**identification, ID**) ذات صورة سارية المفعول صادرة عن جهة حكومية مع توقيعك مع نموذج الطلب الخاص بك. يرجى عليك أيضاً تزويدينا بنسخة من الوثائق القانونية التي تشير إلى أنك الممثل الشخصي المعتمد للعضو.

• أمثلة على الوثائق القانونية:

- التوكيل الرسمي للرعاية الصحية — تمنح هذه الوثيقة شخصاً تثق به السلطة القانونية للتصرف نيابةً عنك واتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك.
  - الوصاية القانونية - وذلك عندما تعين المحكمة شخصاً لرعاية شخص آخر.
  - الوصاية على الشخص - يحدث هذا عندما تعين المحكمة شخصاً مسؤولاً لاتخاذ قرارات لشخص لا يمكنه اتخاذ قرارات مسؤولة بنفسه.
  - منفذ التركة - سيتم استخدام هذا النوع من المستندات عند وفاة الشخص الذي يتم تمثيله.
- يرجى الاحتفاظ بنسخة من النموذج لسجلاتك.