



ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (PHI) В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ПЕРЕНОСИМОСТИ И ПОДОТЧЁТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

РАЗДЕЛ А: ДАННЫЕ УЧАСТНИКА ПЛАНА

Этот раздел заполняет участник страхового плана, который хочет разрешить передачу своей медицинской информации другому лицу или организации. Все поля должны быть заполнены.

РАЗДЕЛ В: ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАСКРЫТА

В этом разделе указывается, какие именно медицинские сведения мы можем передать. Укажите конкретные типы документов, которые вы разрешаете раскрыть. Например, если вы разрешаете нам передать вашу защищенную медицинскую информацию (PHI), связанную с недавним обращением за медицинской помощью, укажите дату этого обращения, типы запрашиваемых для раскрытия документов (например, счета, записи о предварительном одобрении или аптечные рецепты), и перечислите те типы документов, которые вы не желаете раскрывать. Обратите внимание, что передача некоторых сведений возможна только при условии, что вы выберете нужные пункты и поставите свои инициалы, подтверждающие согласие на раскрытие информации. Без этого CalOptima Health не сможет передать эти данные.

Если вы хотите, чтобы с другими медицинскими документами были раскрыты и психотерапевтические записи, то для этих записей потребуется подать отдельную форму разрешения. Психотерапевтические записи – это записи, касающиеся содержания сеансов терапии.

РАЗДЕЛ С: ЦЕЛЬ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Выберите причину (причины), по которой вы запрашиваете раскрытие своей информации. Если нужной причины нет в списке, выберите «Другое» и впишите свою. Например, если вы хотите, чтобы лицо или организация, для которых вы оформляете разрешение, получили доступ к вашей защищённой медицинской информации для урегулирования страхового иска, вы должны написать «*Для подачи страхового иска*» или что-то подобное в этом поле.

РАЗДЕЛ D: ЛИЦО ИЛИ ОРГАНИЗАЦИЯ, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ ПОЛУЧИТЬ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ

Перечислите все лица или организации, которым вы разрешаете получить доступ к вашей защищённой медицинской информации (PHI). Например, если вы хотите, чтобы ваш(а)



супруг(а), ребёнок или любой другой член семьи получил доступ, укажите его/её полное имя и степень родства/полномочий. Если вы хотите, чтобы эта информация была передана организации (например, адвокату, страховой компании, агенту, и т.д.), укажите конкретное название организации. **Примеры:** “Доктор John Smith” или “Mary Doe (супруга)”. Укажите, каким образом это лицо (или организация) связано с вами (например, супруг(а), взрослый ребёнок и т. д.) и предоставьте их номер телефона.

РАЗДЕЛ F: СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ

Укажите дату окончания действия разрешения или событие, после которого оно перестанет быть действительным, например: **«через один год со дня подписи».**

РАЗДЕЛ G: ПОДПИСЬ

Если вы являетесь участником плана, поставьте свою подпись и укажите дату. **Обязательно приложите к данной форме копию действительного документа с фотографией, удостоверяющего личность, с вашей подписью.** Без неё запрос не будет рассмотрен.

Если вы являетесь официальным представителем участника плана, поставьте свою подпись, укажите дату и степень родства/полномочий. **Обязательно приложите к данной форме копию действительного документа с фотографией, удостоверяющего личность, с подписью официального представителя.** Без неё запрос не будет рассмотрен. В этом случае также **необходимо** приложить копию юридического документа, подтверждающего полномочия официального представителя.

- Примеры юридических документов:

- **Доверенность на медицинское обслуживание (Power of Attorney for Health Care)** — этот документ предоставляет доверенному лицу право действовать от вашего имени и принимать решения о вашем медицинском обслуживании.
- **Опекунство (Legal Guardianship)** — назначается судом для ухода за другим человеком.
- **Опекунство над совершеннолетним (Conservatorship of the Person)** — назначается судом, когда человек не может принимать ответственные решения сам и требуется назначение опекуна.
- **Документ исполнителя завещания (Executor of Estate)** — этот тип документа используется в случае, если лицо, чьи интересы вы представляете, умерло.

Пожалуйста, сохраните копию заполненной формы для себя.