



طلب الأشخاص للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) المخصصة (DESIGNATED RECORD SET, DRS)

لديك الحق في فحص المعلومات الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) الخاصة بك في مجموعة السجلات المخصصة (Designated Record Set, DRS). ويحق لك أيضًا طلب نسخ من تلك السجلات. سوف تتلقى ردًا على طلبك في غضون 30 يومًا بعد استلام النموذج المكتمل. إذا لم تكن المعلومات متاحة بسهولة، فلدي CalOptima Health ما يصل إلى 60 يومًا لتزويدك بالـ PHI الخاصة بك. قد تفرض CalOptima Health رسومًا قدرها \$0.10 لكل صفحة وأي رسوم بريدية إذا قمت بطلب إرسال نسخ من السجلات إليك بالبريد.

طلب نسخة من الـ PHI الخاصة بك الموجودة في الـ DRS:

1. املأ النموذج بالكامل واطبعه بشكل واضح. من أجل معالجة طلبك، يجب تضمين نسخة من بطاقة التعريف ذات الصورة الصالحة الخاصة بك مع نموذج الطلب الخاص بك.
2. إذا كنت ترغب في تعين شخص آخر للوصول إلى الـ PHI الخاصة بك أو إسلامها، فيجب عليك أيضًا إكمال نموذج تفويض CalOptima Health للكشف عن المعلومات الصحية المحمية. تخضع الطلبات المقدمة من ممثلك الشخصي للتحقق.
3. الرجاء تحديد نوع السجلات التي تحتاجها من القائمة المتاحة. إذا لم تكن متأكدًا مما تحتاجه، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني **1-888-587-8088** (TTY 711) للحصول على المساعدة.
4. إذا كنت جزءاً من شبكة صحية خلال أي جزء من النطاق الزمني المطلوب، فيجب عليك أيضًا الاتصال بهذه الشبكة الصحية لطلب سجلاتك الطبية. ليس لدى **CalOptima Health** نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. إذا كنت تريد الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول عليها، فيرجى الاتصال بطببك أو عيادتك.
5. إذا كانت لديك أي أسئلة حول طلبك، فاتصل بخدمة عملاء CalOptima Health مجانًا على الرقم **1-888-587-8088** (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 5:30 مساءً. لدينا طاقم عمل يتحدث لغتك.
6. يمكن استلام سجلاتك من مكتب CalOptima Health، أو عن طريق إرسالها عبر البريد الإلكتروني، أو عبر البريد الأمريكي المعتمد. يجب أن تتم الموافقة على طلبات إرسال السجلات بالفاكس من قبل CalOptima Health. سيتم إرسال السجلات المرسلة عبر البريد الإلكتروني بشكل آمن (مشفرة) إلى عنوان البريد الإلكتروني المقدم. ومع ذلك، فإن CalOptima Health ليست مسؤولة عن فقدان الـ PHI على حسابات البريد الإلكتروني الشخصية.

اسم العضو: _____
تاريخ الميلاد: _____
(mm/dd/yyyy)

الهاتف: (_____) رقم الـ CIN _____ : CalOptima Health



تعد أنواع السجلات المدرجة أدناه جزءاً من الـ DRS التي تحتفظ بها CalOptima Health. يرجى تحديد أنواع السجلات التي ترغب في عرضها أو تلقيها بالإضافة إلى النطاق الزمني.

**النظام والاستئنافات
(Grievances and Appeals, GARS)**

- سجل (سجلات) ملف قضايا التظلم
- سجل (سجلات) ملف قضايا الاستئناف

التحقيق الصحي وإدارة الأمراض

- خطة (خطط) الرعاية
- التقييم (التقييمات)
- ملاحظات التحقيق الصحي وإدارة الأمراض

**الخدمات والدعم طويل الأمد
(Long-Term Services and Supports, LTSS)**

- التقييم (التقييمات)
- التصريح (التصاريح)
- ملاحظات إدارة الحالة

**برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض
(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)**

- التقييم (التقييمات)
- خطة (خطط) الرعاية
- نموذج (نماذج) الإحالات
- ملاحظات التقدم
- نموذج التقديم

جلاسة (جلسات) الاستماع على مستوى الولاية

- سجل (سجلات) جلسات الاستماع على مستوى الولاية

التصاريح

- طلب (طلبات) التصريح الطبي
- التصريح (التصاريح) المسبيقة للصيدلة (Pharmacy Prior Authorization, PA)

- إشعار الإجراء (الإجراءات)

سجل (سجلات) الصحة السلوكية

- تصريح (تصاريح)/رفض الصحة السلوكية
- ملاحظات إدارة الرعاية

إدارة الحالة

- ملاحظة (ملاحظات) إدارة الحالة
- خطة (خطط) رعاية إدارة الحالة
- تقييم (تقييمات) إدارة الحالة

المطالبات / الفواتير

- سجل (سجلات) المطالبات الطبية
- سجل (سجلات) مطالبات الصيدلية

خدمة العملاء

- سجلات مکالمات الأعضاء

الأهلية

- سجل (سجلات) الأهلية
- التعين التقائي وتغييرات الشبكة الصحية
- نموذج (نماذج) التسجيل (لا ينطبق على أعضاء Medi-Cal)

إلى _____
(mm/dd/yyyy) _____ (mm/dd/yyyy)

أنا أطلب نسخاً من السجلات لتواريخ الخدمة التالية:

سيتم اعتبار الطلبات المقدمة بدون نطاق زمني غير مكتملة.



طريقة التسلیم المطلوبة (اختر واحدة):

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

البريد الإلكتروني: _____ الفاكس (عند الموافقة): _____

المعلومات التعريفية مطلوبة (اختر واحدة):

نسخة من بطاقة التعريف المرفقة (على سبيل المثال، رخصة قيادة سارية المفعول، شهادة الميلاد، بطاقة تعريف المزايا)

إذا لم يتم إرفاق بطاقة تعريف، فيجب توثيق توقيعك.

غير رسمية ما لم تكن مختومة من كاتب العدل

موثق من قبل: _____

رقم كاتب العدل: _____

التاريخ: _____

صندوق التوقيع:

(أدرك أنه لمعالجة طلبي، يجب إرفاق نسخة من بطاقة تعريف (identification, ID) حكومية سارية المفعول، أو نسخة من وثائق السلطة القانونية، أو توقيع موثق مع نموذج طبلي.)

بتوقيعي أدناه، أكون قد قرأت هذا النموذج وأعلم ما يعنيه.

التاريخ

توقيع العضو/الممثل الشخصي

توقيعولي الأمر/الوصي: _____

الاسم كتابةً للوالد/الوصي: _____

تحتفظ CalOptima Health بالحق في طلب الوثائق القانونية (على سبيل المثال، شهادة الميلاد، أمر المحكمة، وما إلى ذلك) منولي الأمر/الوصي الذي يقوم بالتوقيع نيابة عن عضو معال.

الممثلون الشخصيون - يرجى إرفاق المستندات القانونية للتحقق من أنك الوصي، أو منفذ وصية المتوفى، أو لديك سلطة اتخاذ القرار الطبي للفرد.

قم بإرسال نموذج الطلب المكتمل والموقع ونسخة من بطاقة التعريف (identification, ID) إلى CalOptima Health، إما شخصياً أو عن طريق البريد أو الفاكس.

Attn: Office of Compliance (Privacy)

CalOptima Health

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

1-714-481-6457

الفاكس: