

## نموذج التصريح باستخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها.

يسمح الجزء الأول (I) من هذا النموذج لخطة L.A. Care باستخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك ("PHI") مع الآخرين. يسمح لك الجزء الثاني (II) من هذا النموذج باختيار شخص آخر للتصرف نيابةً عنك. يُرجى ملء هذا النموذج وإرساله على العنوان المذكور أعلاه.

### الجزء الأول (I)

القسم (أ): معلومات العضو	
اسم العضو:	
عنوان العضو:	
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	
تاريخ الميلاد:	
رقم معرف العضو #:	
الهاتف:	

القسم (ب): التصريح باستخدام/الكشف عن المعلومات الصحية المحمية (PHI)	
بمجرد قيامي بملء القسم (ب)، فأنتني أسمح لخطة L.A. Care والخطط التابعة لها باستخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي (PHI) مع الشخص أو الوكالة كما هو مدرج أدناه. أقر بأنني على دراية بأن سريان هذا التصريح سيبدأ بمجرد توقيعني على هذا النموذج وإرساله.	
الاسم:	
اسم الوكالة (إن وجد):	
العنوان:	
المدينة/الولاية/الرقم البريدي:	
تاريخ الميلاد:	
الهاتف:	

Member Services – عودة إلى  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
الرقم المجاني فاكس: 844-657-7272  
Medi-Cal – لطرح الأسئلة: 888-839-9909  
L.A. Care المغطاة: 855-270-2327  
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272  
Cal MediConnect: 888-522-1298



### القسم (ج): نوع المعلومات

بمجرد قيامي بملء القسم (ج)، فأنتي أبلغ خطة L.A. Care والخطط التابعة لها عن أنواع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي قد تستخدمها أو تشاركها مع الاسم/الوكالة المذكورة في القسم (ب). (تحقق من كل ما ينطبق عليه ذلك.)

معلومات طبية (مثل طلبات التصريح الطبي وسجلات إدارة خدمات الرعاية وغيرها.)

معلومات عن المطالبات (مثل سجلات مطالبات الصيدلية أو المستشفى أو موفر الرعاية وغيرها.)

معلومات مالية (مثل سداد أقساط التأمين وغيرها.)

معلومات التسجيل (مثل نموذج التسجيل وتواريخ التسجيل وغيرها.)

إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية

معلومات علاج الصحة النفسية

معلومات علاج المواد الكحولية / المخدرات

أخرى (يُرجى التحديد):

### القسم (د): الغرض

يُرجى توضيح غرض أو سبب مشاركة واستخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI).

قانوني

التأمين

الاستخدام الشخصي

أخرى (يُرجى التحديد):

Member Services – عودة إلى  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
الرقم المجاني فاكس: 844-657-7272  
Medi-Cal – لطرح الأسئلة: 888-839-9909  
L.A. Care الشغطة: 855-270-2327  
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272  
Cal MediConnect: 888-522-1298



### القسم (هـ): تاريخ الانتهاء

بمجرد قيامي بملء القسم (هـ)، فأنتي أبلغ خطة L.A. Care بموعد انتهاء استخدام أو مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي مع الآخرين. (يُرجى تحديد موعد).

بعد عام من تاريخ اليوم.

بعد إلغاء التسجيل أو عدم التغطية ضمن خطة L.A. Care

اعتباراً من هذا التاريخ (شهر ويوم وسنة):

### القسم (و): الحق في إلغاء التصريح

يمكنك إلغاء هذا التصريح في أي وقت. للقيام بذلك، يُرجى إرسال خطاب إلى:

#### Member Services

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
الرقم المجاني فاكس: 1-844-657-7272

لن يغير إرسال خطاب لإلغاء التصريح من كيفية استخدام ومشاركة خطة L.A. Care للمعلومات الصحية المحمية (PHI) قبل تسلم خطابك.

### القسم (ز): القيود

قد يكشف الشخص، الذي يحصل على المعلومات الصحية المحمية (PHI) من خطة L.A. Care، عن تلك المعلومات للآخرين. وفي هذه الحالة، لن تصبح المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك (PHI) خاضعة لحماية قواعد الخصوصية لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA).

### القسم (د): حقوق العضو

يحق لك الاطلاع على المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك التي يتم استخدامها أو مشاركتها بموجب هذا التصريح أو الحصول على نسخة منها. يمكنك إلغاء هذا التصريح في أي وقت. (يُرجى الاطلاع على القسم (ط)).

لا يتعين عليك ملء هذا النموذج. لن يؤثر عدم قيامك بملء هذا النموذج على إمكانية تسجيلك بخطة L.A. Care أو الحصول على مزاياها أو الحصول على المبالغ الواردة بمطابلاتك.

يحق لك الحصول على نسخة من هذا التصريح.

### القسم (ي): التوقيع

بمجرد قيامي بالتوقيع على القسم (ي)، فأني أسمح لخطة L.A. Care بمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي تمت مراجعتها في القسم (ج) مع الشخص/الوكالة المذكورة في القسم (ب). لقد قمت بقراءة هذا النموذج وأني أدرك ما يعنيه.

تاريخ اليوم:

توقيع العضو أو الممثل الشخصي:

في حالة تعيين ممثل، يُرجى توضيح طبيعة العلاقة:

### الإلغاء

إذا لم ترغب في قيام خطة L.A. Care بمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلا مع الاسم/الوكالة المذكورة في القسم (ب)، يُرجى التوقيع في القسم (ي) وإرسال هذا النموذج لموظف الخصوصية لدى خطة L.A. Care على العنوان المدرج في أعلى الزاوية اليمنى

إذا رغبت أيضًا في السماح لأي شخص بالتصرف نيابةً عنك (على سبيل المثال في تغيير الطبيب الذي تتعامل معه أو تقديم المساعدة بشأن شكوى)، انتقل إلى الصفحة التالية.

Member Services – عودة إلى -  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
الرقم المجاني فاكس: 844-657-7272  
Medi-Cal – لطرح الأسئلة - 888-839-9909  
المُغطاة L.A. Care خطة: 855-270-2327  
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272  
Cal MediConnect: 888-522-1298



## الجزء الثاني (II)

يسمح لك الجزء الثاني (II) باختيار شخص آخر - كفرد من العائلة - للتصرف نيابةً عنك، حتى إذا كان بإمكانك القيام بذلك بنفسك. إذا لم ترغب في اختيار أي شخص للتصرف نيابةً عنك، ولكنك تتفق معنا في مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) معهم، ليس عليك إلا ملء القسم (ي) وإرساله على العنوان المُدرج في أعلى الزاوية اليمنى.

### **القسم (ك): تصريح بالتصرف بالنيابة عني**

بمجرد قيامي بملء القسم (ك)، فأنتي أسمح لهذا الشخص (أشخاص) بالتصرف نيابةً عني في الأمور الواردة بالقسم (ل). أعلم أن هذا التعيين يصبح ساريًا بمجرد توقيع وإرسال هذا النموذج.

الاسم:

اسم الوكالة (إن وجد):

العنوان:

المدينة/الولاية/الرقم البريدي:

تاريخ الميلاد:

الهاتف:

الاسم:

اسم الوكالة (إن وجد):

العنوان:

المدينة/الولاية/الرقم البريدي:

تاريخ الميلاد:

الهاتف:

### القسم (ل): مهام الشخص المُعيّن

بمجرد قيامي بملء القسم (ل)، فأنتني أسمح للشخص (للأشخاص) المذكور في القسم (ك) بالتصرف نيابةً عني في الأمور التالية: (تحقق من كل ما ينطبق عليه ذلك).

معلومات طبية (مثل المساعدة في طلبات التصريح الطبي وإدارة الرعاية وغيرها).

معلومات عن المطالبات (مثل المساعدة في مسائل الدعاوى وغيرها).

معلومات مالية (مثل معلومات تعديلات سداد أقساط التأمين وغيرها).

معلومات التسجيل (مثل تغيير موفر الرعاية الطبية أو المجموعة الطبية أو الخطة الصحية الخاصين بي وغيرها).

أخرى (يُرجى التحديد):

### القسم (م): تاريخ انتهاء التعيين

بمجرد قيامي بملء القسم (م)، فأنتني أبلغ خطة L.A. Care بتاريخ انتهاء السماح للشخص (الأشخاص) المذكور في القسم (ك) بالتصرف بالنيابة عني. (يُرجى تحديد موعد).

لن يصبح الشخص المذكور في القسم (ك) قادرًا على التصرف نيابةً عني بعد عام واحد من تاريخ اليوم

لن يصبح الشخص المذكور في القسم (ك) قادرًا على التصرف نيابةً عني بعد إلغاء التسجيل أو عدم التغطية ضمن خطة L.A. Care

لن يصبح الشخص (الأشخاص) المذكور في القسم (ك) قادرًا على التصرف نيابةً عني اعتبارًا من هذا التاريخ (شهر ويوم وسنة):

Member Services – عودة إلى -  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
الرقم المجاني فاكس: 844-657-7272  
Medi-Cal – لطرح الأسئلة - 888-839-9909  
L.A. Care المغطاة: 855-270-2327  
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272  
Cal MediConnect: 888-522-1298



#### القسم (ن): القيود

يسمح ملء الجزء الأول (I) من هذا النموذج لخطة L.A. Care بمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك. يسمح ملء الجزء الثاني (II) من هذا النموذج للشخص (الأشخاص) المذكور في القسم (ك) بالتصرف نيابةً عنك. قد لا تطلب خطة L.A. Care موافقتك قبل السماح للشخص (الأشخاص) المذكور في القسم (ك) بالتصرف بالنيابة عنك

#### القسم (س): الحق في إلغاء التصريح

يجوز لك إلغاء التصريح بشأن قيام الشخص (الأشخاص) المذكور في القسم (ك) بالتصرف نيابةً عنك في أي وقت. للقيام بذلك، يُرجى إرسال خطاب إلى:

**Member Services**  
L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
الرقم المجاني فاكس: 1-844-657-7272

#### القسم (ع): التوقيع

بمجرد التوقيع على القسم (ع)، فأنتي أسمح للشخص (الأشخاص) المذكور في القسم (ك) بالتصرف نيابةً عني في المهام الواردة في هذا القسم (ل).

تاريخ اليوم:

توقيع العضو أو الممثل الشخصي:

في حالة تعيين ممثل، يُرجى توضيح طبيعة العلاقة: