

فرم اجازه برای استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده

بخش I این فرم به L.A. Care اجازه می دهد تا از اطلاعات بهداشتی محافظت شده ("PHI Protected Health Information") شما استفاده کرده یا آنرا به دیگران و اگذار کند. بخش II این فرم به شما اجازه می دهد تا شخص دیگری را تعیین کنید تا از سوی شما اقدام کند. لطفاً این فرم را پر کرده و به نشانی فوق ارسال کنید.

بخش I

قسمت A: مشخصات عضو		
نام عضو:		
نشانی عضو:		
شهر:	ایالت:	کد پستی:
تاریخ تولد:		
شماره شناسه عضو:		
تلفن:		

قسمت B: اجازه استفاده/واگذاری PHI	
من با پر کردن قسمت B، به L.A. Care و شرکت های وابسته به آن اجازه می دهم تا از PHI من استفاده کرده یا آنرا به شخص یا سازمان زیر واگذار کند. من توجه دارم که این مجوز هنگامیکه این فرم را امضاء و ارسال کنم شروع می شود.	
نام:	
نام سازمان (در صورت مربوط بودن):	
نشانی:	
شهر/ایالت/کد پستی:	
تاریخ تولد:	
تلفن:	

قسمت C: نوع اطلاعات

من با پرکردن قسمت C، به L.A. Care و شرکت های وابسته به آن اطلاع می دهم که از چه نوع PHI می توانند استفاده کنند و به نام/سازمانی که در قسمت B ذکر شده واگذار کنند (همه موارد مربوطه را علامت بزنید).

اطلاعات پزشکی (از قبیل درخواست های مجوز، مدارک مدیریت مراقبت و غیره)

اطلاعات مربوط به ادعاها (از قبیل مدارک ادعای داروخانه، بیمارستان یا ارائه کننده و غیره)

اطلاعات مالی (از قبیل اطلاعات پرداخت حق بیمه و غیره)

اطلاعات مربوط به عضویت (از قبیل فرم عضویت، تاریخ های عضویت و غیره)

نتایج آزمایش HIV

اطلاعات مربوط به مداوای بهداشت روانی

اطلاعات مربوط به مداوای اعتیاد به الکل/مواد مخدر

غیره (لطفاً قید کنید):

قسمت D: منظور

لطفاً منظور یا دلیل واگذاری یا استفاده از PHI را توصیف کنید.

قانونی

بیمه

استفاده شخصی

غیره (لطفاً قید کنید):

Member Services - بازگشت - نشانی
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
تلفن رایگان نمابر: 844-657-7272
برای سوالات - 888-839-9909 Medi-Cal
تحت پوشش 855-270-2327 L.A. Care
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298



قسمت E: تاریخ انقضا

من با پر کردن قسمت E، به L.A. Care اطلاع می دهم که در چه هنگام دیگر نمی توان از PHI من استفاده کرد یا آنرا به دیگران واگذار کرد. (یک مورد را علامت بزنید).

بعد از یکسال از تاریخ امروز.

بعد از لغو عضویت یا اگر دیگر تحت پوشش L.A. Care نباشم

از این تاریخ (ماه، روز و سال):

قسمت F: حق باطل کردن

شما می توانید این مجوز را در هر زمان متوقف کنید. برای انجام این کار، نامه ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

Member Services

L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
تلفن رایگان نمابر: 1-844-657-7272

ارسال یک نامه برای متوقف کردن این مجوز، در نحوه استفاده و واگذاری L.A. Care PHI شما قبل از دریافت نامه تغییری نخواهد داد.

قسمت G: محدودیت ها

شخصی که PHI را از L.A. Care دریافت می کند می تواند آنرا به دیگران نشان دهد. در این صورت ممکن است PHI شما دیگر تحت محافظت مقررات محرمانگی HIPAA نباشد.

قسمت H: حقوق قانونی عضو

شما حق دارید PHI خود را که توسط این مجوز مورد استفاده یا واگذاری قرار گرفته مشاهده کرده یا از آن رونوشت بردارید. شما می توانید این مجوز را در هر زمان متوقف کنید. (به قسمت F مراجعه شود).

لزومی ندارد که این فرم را پر کنید. عدم پر کردن این فرم بر روی توانایی شما در ثبت نام در L.A. Care، دریافت مزایا یا دریافت پرداخت برای ادعاهای شما تأثیری نخواهد داشت.

شما حق دارید که نسخه ای از این مجوز را دریافت کنید.

قسمت I: امضاء

من با امضای قسمت I به L.A. Care اجازه می دهم تا PHI که در قسمت C علامت زده شده را به شخص/سازمان قید شده در قسمت B واگذار کند. من این فرم را مطالعه کرده و از مضمون آن آگاهی دارم.

تاریخ امروز:

امضای عضو یا نماینده شخصی:

در صورت نماینده بودن، نحوه ارتباط و وابستگی را قید کنید:

ایست

اگر می خواهید PHI ، L.A. Care را فقط به نام/سازمان قید شده در قسمت B واگذار کند، قسمت I را امضاء کرده و این فرم را به متصدی رازداری L.A. Care به نشانی که در بالا سمت راست قید شده برگردانید.

اگر می خواهید که به شخص دیگری نیز اجازه بدهید که از سوی شما اقدام کند (از قبیل تغییر پزشک شما یا کمک در مورد شکایت)، به صفحه بعد بروید.

Member Services - بازگشت - نشانی
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
تلفن رایگان نمابر: 844-657-7272
برای سوالات - 888-839-9909 Medi-Cal
تحت پوشش 855-270-2327 L.A. Care
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298



بخش II

بخش II به شما امکان می دهد تا شخص دیگری، از قبیل عضو خانواده، را تعیین کنید که از سوی شما اقدام کند، حتی اگر خودتان بتوانید اینکار را بکنید. اگر نمی خواهید که شخص دیگری از سوی شما اقدام کند، ولی در واگذاری PHI به آنها مشکلی ندارید، فقط بخش I را پر کرده و آنرا به نشانی که در بالا سمت راست قید شده ارسال کنید.

قسمت J: مجوز برای اقدام از سوی من

من با پر کردن قسمت J، به این شخص (اشخاص) اجازه می دهم که برای موضوعاتی که در قسمت K قید شد از سوی من اقدام کند. من توجه دارم که این انتصاب هنگامیکه این فرم را امضاء کرده و برگردانم شروع می شود.

نام:

نام سازمان (در صورت مربوط بودن):

نشانی:

شهر/ایالت/کد پستی:

تاریخ تولد:

تلفن:

نام:

نام سازمان (در صورت مربوط بودن):

نشانی:

شهر/ایالت/کد پستی:

تاریخ تولد:

تلفن:

قسمت K: وظایف شخص منتصب

من با پر کردن قسمت K به شخص (اشخاص) در قسمت J اجازه می دهم تا برای ایجاد تغییرات در موارد زیر از سوی من اقدام کند: (همه موارد مربوط را علامت بزنید).

اطلاعات پزشکی (از قبیل کمک در مورد درخواست های مجوز، مدیریت مراقبت و غیره)

اطلاعات مربوط به ادعاها (از قبیل کمک در مورد موضوعات مربوط به ادعاها و غیره)

اطلاعات مالی (از قبیل تغییر در اطلاعات پرداخت حق بیمه من و غیره)

اطلاعات مربوط به عضویت (از قبیل تغییر در ارائه کننده پزشکی، گروه پزشکی یا برنامه درمانی من و غیره)

غیره (لطفاً قید کنید):

قسمت L: تاریخ انقضای انتصاب

من با پر کردن قسمت L به L.A. Care اطلاع می دهم که در چه هنگام شخص (اشخاص) قید شده در قسمت J دیگر نمی توانند از سوی من اقدام کنند. (یک مورد را علامت بزنید).

شخص قید شده در قسمت J بعد از یکسال از تاریخ امروز دیگر نمی تواند از سوی من اقدام کند

شخص قید شده در قسمت J بعد از لغو عضویت یا اگر دیگر تحت پوشش L.A. Care نباشم، دیگر نمی تواند از سوی من اقدام کند

شخص (اشخاص) قید شده در قسمت J از این تاریخ (ماه، روز و سال) دیگر نمی تواند از سوی من اقدام کند:

Member Services - بازگشت - نشانی
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
تلفن رایگان نمابر: 844-657-7272
برای سوالات - 888-839-9909 Medi-Cal
تحت پوشش 855-270-2327 L.A. Care
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298



قسمت M: محدودیت ها

پیر کردن بخش I این فرم به L.A. Care اجازه میدهد تا PHI شما را واگذار کند. پیر کردن بخش II این فرم به شخص (اشخاص) ذکر شده در بخش J اجازه می دهد تا از سوی شما اقدام کند. L.A. Care قبل از اجازه دادن به شخص (اشخاص) ذکر شده در بخش J تا از سوی شما اقدام کند ممکن است برای اجازه شما درخواست نکند.

قسمت N: حق باطل کردن

شما می توانید در هر زمان اجازه شخص (اشخاص) قید شده در قسمت J را برای اقدام از سوی خود فسخ کنید. برای انجام این کار، نامه ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

Member Services
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
تلفن رایگان نمابر: 1-844-657-7272

قسمت O: امضاء

من با امضای قسمت O به شخص (اشخاص) قید شده در قسمت J اجازه می دهم که برای وظایفی که در قسمت K قید شده از سوی من اقدام کند.

تاریخ امروز:

امضای عضو یا نماینده شخصی:

در صورت نماینده بودن، نحوه ارتباط و وابستگی را قید کنید: