

نموذج طلب المحاسبة المتعلقة بالكشف عن المعلومات

تاريخ تقديم الطلب:

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

رقم تعريف العضو: _____ رقم الهاتف: _____

أرغب في الحصول على تفسير أو سجل حول كيفية كشف CalOptima عن معلوماتي الصحية المحمية (PHI)، على نحو ما تقتضيه اللوائح الفيدرالية. أدرك أنه لا يتعين على CalOptima إطلاعني على الأنواع التالية من عمليات الكشف:

1. الكشف عن المعلومات بغرض العلاج والدفع مقابل الخدمات وعمليات الرعاية الصحية.
2. الكشف عن المعلومات المقدمة لي أو بتصريح مني إلى شخص آخر (أشخاص آخرين).
3. الكشف عن المعلومات إلى الأشخاص المشاركين في تقديم خدمات الرعاية الخاصة بي.
4. الكشف عن المعلومات إلى هيئات الرقابة الصحية التابعة للولاية أو الفيدرالية.
5. الكشف عن المعلومات الذي تم القيام به قبل 14 أبريل، 2003.

أدرك أيضًا بأنه يجوز للحكومة سحب حقي في الحصول على سجل بعض عمليات الكشف عن المعلومات أو جميعها وذلك وفقًا لظروف محدّدة.

أدرك أنه يتعين على CalOptima إعطائي سجل بعمليات الكشف عن المعلومات في غضون 60 يومًا أو إخطاري بالحاجة إلى مهلة 30 يومًا إضافية (أو أقل) لتجهيز السّجل.

أدرك بأنه يسمح لي بالحصول على سجل واحد أو تفسير واحد فيما يتعلق بعمليات الكشف عن المعلومات مجانًا كل 12 شهرًا. ومن المحتمل أن أطلب بسداد رسوم إذا طلبت أكثر من عملية محاسبة للكشف عن المعلومات خلال مدة الـ 12 شهرًا نفسها.

وللحصول على مزيد من المعلومات عن حقوق الخصوصية المكفولة لك، يُرجى التفضّل بزيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي www.caloptima.org أو الاتصال بالخط المجاني لقسم خدمة عملاء CalOptima على الرقم 1-888-587-8088. يمكن للأعضاء الذين يعانون من مشكلات في السمع أو التحدث الاتصال على خط الاتصال لضعاف السمع (TDD) على الرقم 1-800-735-2929. لدينا طاقم عمل قادر على التحدث بلغتك.

أرغب في الحصول على سجل بعمليات الكشف عن المعلومات التي تمت في الفترة الزمنية:

من: _____ إلى: _____
ملاحظة: لا يجوز أن تزيد الفترة الزمنية من ستة (6) أشهر، ولا يجوز أن تتضمن تواريخ تسبق 14 أبريل، 2003.

أرغب في الحصول على سجل بعمليات الكشف عن المعلومات في الأشكال التالية:

نسخة ورقية، على العنوان التالي:

العنوان: _____ شقة رقم: _____

مدينة: _____ ولاية: _____ الرمز البريدي: _____

نسخة إلكترونية، يُرسل من خلال بريد إلكتروني آمن على: _____

توقيع العضو: _____

إذا كنتَ ممثلًا مُفَوَّضًا، فيُرجى تعبئة القسم التالي وتقديم الوثائق:

الاسم مكتوب: _____ الصلة بالعضو: _____