

**طلب فرض قيود على استخدام المعلومات الصحية السرية (PHI) والكشف عنها**

تاريخ تقديم الطلب: \_\_\_\_\_

اسم العضو: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

رقم تعريف العضو: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

أدرك أن برنامج CalOptima قد يستخدم أو يكشف (يصدر) عن المعلومات الصحية السرية (PHI) الخاصة بي لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. قد يكشف أيضاً برنامج CalOptima عن المعلومات لشخص يشارك في رعايتي أو في الدفع نظير رعايتي، مثل أحد أفراد العائلة أو صديق.

أدرك أن برنامج CalOptima ليس من الضروري أن يوافق على طلبي.

اطلب فرض قيود على استخدام المعلومات الصحية السرية (PHI) والكشف عنها من قبل برنامج CalOptima. المعلومات التي أريد وضع القيود عليها هي:

---

---

---

---

---

أريد تحديد صلاحيات برنامج CalOptima في:

استخدام هذه المعلومات

الكشف عن هذه المعلومات

كلٌّ من استخدام هذه المعلومات والكشف عنها

أريد أن يتم تطبيق فرض القيود على الشخص/الهيئة المذكور أدناه (على سبيل المثال: الزوج/الزوجة): \_\_\_\_\_

المعلومات المطلوبة التي يتم استخدامها والكشف عنها:

- حتى إذا وافق برنامج CalOptima على فرض القيود، قد يستمر تبادل المعلومات في ظل الظروف التالية:
- أثناء حالات الطوارئ الطبية إذا كانت هناك حاجة للمعلومات، التي تم المفروض عليها، لتوفير العلاج في حالات الطوارئ. ومع ذلك، إذا تم الكشف عن هذه المعلومات في حالة الطوارئ، فإن برنامج CalOptima سوف يخبر المتلقي بعدم استخدامها أو الكشف عنها لأي غرض آخر.
  - لأنشطة الرقابة الخاصة بالوكالة الصحية
  - أي استخدام أو كشف قد يكون مطلوباً من قبل القانون
  - إذا تم الاتفاق على القيود، فإن الإنهاء يكون كتابياً
  - اتفقت شفويًا على الإنهاء وتم توثيق الاتفاق الشفوي
  - يبلغني برنامج CalOptima أن هذا الإجراء ينهي هذا الاتفاق. في هذه الحالة، فإن الإنهاء لا يكون فعالاً بالنسبة للمعلومات الصحية السرية (PHI) التي تم إنشاؤها أو استلامها من قبل برنامج CalOptima بعد تقديمي بإخطار للإنهاء.

يُتبع في الصفحة رقم 2.

وللحصول على مزيد من المعلومات عن حقوق الخصوصية المكفولة لك، يُرجى الرجوع إلى نسختك من إشعار ممارسات الخصوصية من برنامج CalOptima. ويمكنك العثور على نسخة على موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي: [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)، أو من خلال الاتصال بقسم خدمة عملاء CalOptima على الرقم **1-714-246-8500** أو على الهاتف المجاني على الرقم **1-888-587-8088**، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:30 مساءً. ويمكن للأعضاء الذين يعانون من ضعف السمع أو صعوبات في التحدث الاتصال على خط ضعاف السمع على الرقم **1-800-735-2929**. لدينا طاقم عمل قادر على التحدث بلغتك.

إذا كنت تعتقد أنه تم انتهاك حقوق الخصوصية المكفولة لك، فيجوز لك تقديم شكوى إلى CalOptima أو إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية. ولتقديم شكوى إلى CalOptima، يُرجى الاتصال بقسم خدمة عملاء ب CalOptima على الرقم **1-714-246-8500**. أو أكتب شكوى إلى

CalOptima  
قسم خدمة العملاء  
Customer Service Department  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

لا يمكن أن يجرمك برنامج CalOptima من مزايا الرعاية الصحية الخاصة بك أو أن يفعل أي شيء لإلحاق الضرر بك بأي حال من الأحوال إذا اخترت تقديم شكوى أو استخدام أي حق من حقوق الخصوصية المدرجة في هذا الإشعار.

توقيع العضو: \_\_\_\_\_

إذا كنت موكلًا مُفَوَّضًا (يُرجى إدراج الوثائق القانونية):

الاسم مكتوب: \_\_\_\_\_ الصلة بالعضو: \_\_\_\_\_