

تفويض بالإفصاح عن
المعلومات الصحية
المحمية (PHI)



تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك. تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، من خلال توقيع هذه الورقة، فإنك تمنحنا موافقتك. ولا ننشر إلا المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي تصرّح لنا بإمكانية مشاركتها. ومنحها فقط للأشخاص أو الوكالات التي تحددها.

1. من هو عضو Medicaid؟

الاسم الأول	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم بطاقة هوية العضو	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)	رقم الهاتف
الشارع		
المدينة والولاية والرمز البريدي		

2. من يمكن تقديم المعلومات الصحية المحمية (PHI) إليه؟

اسم الشركة أو الشخص	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	
اسم الشركة أو الشخص	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	

3. ما المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي يمكننا مشاركتها؟

- نشارك فقط المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي توافق عليها. أخبرنا عن نوع المعلومات الصحية المحمية (PHI) من خلال تحديد المربع.
- أي معلومات مطلوبة المعلومات الصحية (الطبية أو المتعلقة بالأسنان أو الصيدلية أو النظر)
- الرعاية طويلة الأمد سجلات التدبير العلاجي للمريض
- المعلومات الحساسة: (قد تشمل هذه المعلومات على معلومات العلاج و/أو التشخيص)
- اضطراب تعاطي المواد (الكحول/المخدرات) فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الأمراض المنقولة جنسيًا
- الصحة السلوكية/العقلية (ولكن ليست ملاحظات المعالجة النفسية).
- غير ذلك (يرجى التوضيح) _____

4. لماذا تنشر هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI)؟

السبب/الغرض:

5. هذا النموذج سارٍ للاستخدام لمدة عام واحد ما لم تذكر مدة أقصر أدناه.

موافقتي سارية من:

_____ إلى _____
MM/DD/YYYY

_____ إلى _____
MM/DD/YYYY

بالتوقيع أدناه، فأنا أتفهم وأوافق على ما يلي:

يمكنني سحب موافقتي بالكتابة إلى العنوان الوارد في هذا النموذج.

إذا سحبت موافقتك فلن تؤدي إلى سحب المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي شاركناها بالفعل. ولكن لن نشارك المزيد من معلوماتك الصحية المحمية (PHI).

لن تتغير فرصتي في الاشتراك في تأمين في حالة عدم توقيعني على هذا النموذج.

يحق لأي شخص يتلقى المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي مع الآخرين. ويعني هذا أن القوانين قد لا تتمكن من حماية المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي.

قد تشمل المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي أوافق على مشاركتها على ما يلي:

- معلومات العلاج والحالة الصحية

- الأمراض المزمنة

- حالات الصحة السلوكية/العقلية

- تشخيص أو علاج اضطراب تعاطي المواد (الكحول/المخدرات)

- الأمراض المعدية والأمراض المنقولة جنسياً (فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) ومعلومات عن الوصمة الوراثية

يمكنني الحصول على نسخة من هذه الموافقة بالكتابة إلى العنوان الوارد في هذا النموذج.

لن تشارك خطة Mercy Care المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي مع الأسماء التي حددتها إلا في حالة توقيعني على هذا النموذج، وليس مع أي شخص آخر.

تنبيه:

يتعين علي توقيع هذا النموذج في حالة انطباق أي من الخيارات الموضحة أدناه.

أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر.

أبلغ من العمر 18 عامًا وأنا متزوج أو أتمتع بالتححر (من الوصاية).

تسمح لي ولايتي بالعلاج حتى في حالة عدم موافقة والداي أو الوصي القانوني الخاص بي.

قد تشمل المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي التي تتم مشاركتها على واحدة أو أكثر من الحالات الموضحة أدناه:

- حالات الصحة السلوكية/العقلية

- تشخيص أو علاج اضطراب تعاطي المواد (الكحول/المخدرات)

- الأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)

- الصحة الإنجابية (بما في ذلك منع الحمل ورعاية ما قبل الولادة والإجهاض)

6. توقيع العضو أو الممثل المفوض.

التاريخ	التوقيع
	الاسم بأحرف واضحة
	في حالة توقيع ممثل قانوني على هذا النموذج، صف العلاقة: (والد/والدة، وصي قانوني، توكيل رسمي، ممثل شخصي)

يشتمل مصطلح "Mercy Care" أيضًا على فروع شركات خطة Mercy Care وشركائها التابعة والموظفين والوكلاء والمقاولين من الباطن التابعين لها.

يشير مصطلح **الممثل المفوض** إلى تمتعك بإثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. يوقع الممثل نيابة عن شخص لا يمكنه قانوناً التوقيع بنفسه. إذا كان العضو أقل من 18 عامًا، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلًا توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. هل لديك أسئلة؟ يمكننا أن نقدم المساعدة. اتصل بخطة Mercy Care على الرقم 800-624-3879.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى: **Mercy Care**
Member Services
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

إخطار عدم التمييز

تمثل Mercy Care لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد Mercy Care الناس أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

:Mercy Care

توفر خدمات ووسائل مساعدة مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفاعلية، مثل:

- مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
- معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتيًا أو تنسيقات إلكترونية قابلة للوصول أو تنسيقات أخرى)

توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأم، مثل:

- مترجمون فوريون مؤهلون
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا احتجت إلى مترجم فوري مؤهل أو معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى، فاتصل بالرقم الموجود على بطاقة هويتك أو بالرقم **1-800-385-4104** (الهاتف النصي: 711).

إذا كنت تعتقد أن Mercy Care لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية لدينا على:

العنوان:
Attn: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040

الهاتف: **1-888-234-7358** (الهاتف النصي 711)
البريد الإلكتروني: MedicaidCRCoordinator@mercycares.org

يمكنك تقديم تظلم شخصيًا أو عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. وإذا احتجت إلى مساعدة في تقديم تظلم، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية) إلكترونيًا من خلال مدخل الشكاوى الخاص بمكتب الحقوق المدنية والمتوفر على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد الإلكتروني أو الهاتف على: U.S. Department of Health and Human Service, HHH Building, Independence Avenue 200, SW Room 509F, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم).

نماذج الشكاوى متاحة على الموقع <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

86.03.322.1-AZ

