

طلب الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI)



mercy care

تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك.
يلزم إكمال هذا النموذج وتوقيعه لمعالجة هذا الطلب.

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. وصف تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI)

بمجرد أن تتلقى نموذج الطلب الموقع هذا، سنزودك بتقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI). سيحتوي التقرير على آخر 24 شهرًا لبيانات المعلومات الصحية المحمية (PHI) الموجودة لدينا. إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الصحية المحمية (PHI) خلال تواريخ مختلفة، فعليك ملء التواريخ أناه.

من: _____ إلى: _____

إذا كنت تتمتع بمزايا الرعاية طويلة الأمد (LTC) وترغب في إدراج هذه المعلومات، فحدد المربع الصحيح أدناه.

أريد فقط معلومات LTC في التقرير.

أريد التقرير لإدراج معلومات LTC

3. إلى أين تريد إرسال تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) هذا؟

من يتلقى تقرير المعلومات الصحية المحمية هذا؟
<input type="checkbox"/> العضو <input type="checkbox"/> الممثل القانوني للعضو <input type="checkbox"/> الأب المتبنى أو الطبيعي للعضو
اسم المتلقي بأحرف واضحة
شارع المتلقي
المدينة والولاية والرمز البريدي

بتوقيع هذا النموذج، فإنني أتيح لخطّة Mercy Care منح المعلومات الصحية المحمية (PHI) حول العضو الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 1 إلى المتلقي الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 3. هذه الموافقة مخصصة فقط لهذا الطلب.

قد يتضمن هذا التقرير معلومات حول أمراض مزمنة و/أو حالات متعلقة بالصحة السلوكية و/أو تعاطي الكحول أو المخدرات، و/أو أمراض معدية و/أو أمراض منقولة جنسيًا و/أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و/أو وصمة وراثية. لا يتضمن تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) هذا ملاحظات المعالجة النفسية. قد تتم إعادة الإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا التقرير من قبل المتلقي وربما لا تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو التابعة للولاية.

4. توقيع العضو أو الممثل المفوض

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

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 عاماً، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلاً توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص.

هل لديك أسئلة؟ يمكننا أن نقدم المساعدة. اتصل بخطّة Mercy Care على الرقم: 800-624-3879.

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

يرجى منحنا 30 يوماً حتى نرجع إليك بالرد.

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@mercycaaz.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) إلكترونياً 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, Independence Avenue 200, SW Room 509F, HHH Building, 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

